

Al Direttore Generale
A.S.L. N. 8- Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, residente a _____, via _____, n. ____, CAP _____, dichiara la propria disponibilità a partecipare al progetto Potenziamento delle attività distrettuali delle Cure Domiciliari

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità,

- di essere inserito/a nella vigente graduatoria unica regionale per la medicina generale al n. _____;
- di essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso codesta Azienda, punto guardia di _____, con decorrenza dal _____;
- di essere in possesso dei requisiti previsti dall'ACN per la Medicina Generale del 23 marzo 2005 e in regola con le norme di compatibilità;
- di detenere un solo rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN per la Medicina Generale del 23 marzo 2005.
- Di accettare tutte le condizioni previste nel progetto

In fede

Firma _____

Luogo e data _____