

ALL'AZIENDA ASL CAGLIARI
U.O.C. CURE PRIMARIE
VIA NEBIDA 21- CAGLIARI

OGGETTO: **Domanda per il conferimento di incarico per il servizio di assistenza sanitaria nelle località turistiche.**

IL SOTTOSCRITTO DR. _____ MEDICO CHIRURGO

NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

_____ VIA _____ TELEFONO _____

DATA LAUREA _____ VOTO LAUREA _____

ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEI MEDICI DI _____ DAL _____

*POSIZIONE IN GRADUATORIA REGIONALE DEFINITIVA VIGENTE _____

- ISCRITTO AL _____ ANNO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE;

- ISCRITTO AL _____ ANNO DEL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE;

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria degli aspiranti al conferimento degli incarichi per il servizio di assistenza sanitaria nelle località turistiche per la stagione estiva 2008.

Dichiara di non essere in posizione di incompatibilità secondo l'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 23/03/2005.

Dichiara inoltre, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

A tal fine allega alla presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante:

1. Il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia;
2. L'eventuale iscrizione alla scuola di specializzazione o al corso di Formazione in Medicina Generale;
3. Il possesso dell'attestato di Formazione in Medicina Generale;
4. L'eventuale inserimento nella Graduatoria Regionale annuale definitiva in vigore all'atto della domanda.

IL SOTTOSCRITTO CHIEDE CHE OGNI COMUNICAZIONE GLI VENGA FATTA AL SEGUENTE INDIRIZZO (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA):

Via _____ n° _____ CAP _____)

*in caso di mancata indicazione il medico verrà considerato fuori graduatoria.

N.B.: Avvertenza

Nell'eventualità la presente domanda non venisse correttamente compilata in ogni sua parte questo ufficio non potrà prendere in considerazione la domanda stessa, mancando gli elementi [voto di laurea, data di laurea(giorno,mese,anno)] che consentono la formazione della relativa graduatoria.

DATA _____

FIRMA _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/06/03 n. 196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi di G.M. turistica e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.