

ALL'AZIENDA ASL CAGLIARI
U.O.C. CURE PRIMARIE
VIA ROMAGNA 16 PAD. C – CAGLIARI

(CORREDATA DA MARCA DA BOLLO di € 16.00)

OGGETTO: **Domanda per il conferimento di incarico per il servizio di assistenza sanitaria nelle località turistiche stagione estiva 2015**

Il/la Dott. _____ medico chirurgo
nato a _____ il _____ residente a _____
cap _____ via _____ cellulare _____
data di Laurea _____ voto di 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 in 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 2015**.

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 attualmente vigente.

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.

Allega la **fotocopia di un documento di identità** in corso di validità.

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

Via _____ n° _____ CAP _____

E-MAIL (OBBLIGATORIA) _____.

N.B.: Avvertenza

Nell'eventualità che la presente domanda non venisse correttamente compilata in ogni sua parte questo ufficio non potrà prendere in considerazione la 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.

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