

**SC MEDICINA CONVENZIONATA**
**S.C. Medicina Convenzionata**
**via Romagna 16**
**09127 Cagliari**

Marca da bollo € 16,00 D.L.n.43 26/04/2013
---

**OGGETTO: Domanda Disponibilità per l'attribuzione di incarico provvisorio di Assistenza Primaria – comune di Pimentel (ambito 5.5 ASSS Cagliari).**

Il Sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Telefono o cellulare \_\_\_\_\_

domicilio diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

La propria disponibilità a ricoprire, l'incarico di cui all'oggetto ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 e art. 19 AIR 201 nel comune di:

- PIMENTEL (AMBITO 5.5) - con decorrenza presumibilmente dal 01/09/2019

A tal fine **DICHIARA:**

di aver conseguito la laurea presso l'Università di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_,

di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

di essere iscritt \_\_\_\_\_ nella Graduatoria Regionale 2019  sì  no se sì al n. \_\_\_\_\_;

di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale  sì  no;

di essere iscritt \_\_\_\_\_ al corso di Formazione in Medicina Generale  sì  no se sì specificare con borsa di studio  senza borsa di studio

di essere in possesso della specializzazione sì  no  se sì specificare in quale scuola \_\_\_\_\_;

di essere occupato in altri incarichi  sì  no se sì specificare presso \_\_\_\_\_;

DI NON ESSERE IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL VIGENTE A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEL 23/03/2005 e s.m.i. E SI IMPEGNA A COMUNICARE OGNI VARIAZIONE CHE IN FUTURO DOVESSE INTERVENIRE NELLA POSIZIONE SOPRA INDICATA.

**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.**

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196.I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. **ALLEGRO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_