



Marca da Bollo
€ 16,00

ASL NUORO
Servizio Cure Primarie
Via DEFFENU n. 42
08100 NUORO

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

I sottoscritto **Dott. _____**

nat_a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Via _____

Cell. _____ E-mail _____

Preso visione delle “Modalità per il servizio di assistenza sanitaria nelle località turistiche per la stagione 2015” chiede di essere incluso nella graduatoria degli aspiranti al conferimento degli incarichi per il servizio di che trattasi.

A tal fine dichiara

di essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva 2015 al n. _____

**di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____
il _____ con Voto _____**

**di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
al n° _____ dal _____**

di essere in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale

**di essere iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale o al Corso di
Specializzazione _____ ai sensi dell'art. 19, comma 11 L.
28/12/2001, n. 448**

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.

Firma

Data _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali Art. 13 Dlgs 30.06.03 n.196

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi di assistenza sanitaria nelle località turistiche e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.