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.

__l____sottoscritto__Dott._____

nat__a_____il_____

residente a _____CAP_____Via_____

Cell._____ E-mail _____

Presa visione delle "Modalità per il servizio di assistenza sanitaria nelle località turistiche per la stagione 2016" 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 2016 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.

Data _____ **Firma**

_____

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.