

Al Direttore ASSL
NUORO

OGGETTO: Domanda disponibilità per incarico provvisorio di Pediatria di libera scelta

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
Cell _____ mail _____ Pec _____

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____
- di essere abilitato all'esercizio professionale il _____ a _____
- di essere specializzato in Pediatria in data _____ con voto ____/____
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di _____ al n. _____ dal _____
- di essere iscritto nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di Pediatria anno 2017 al n° _____
- di non essere iscritto nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di Pediatria 2017, ma in possesso dei requisiti previsti dall'ACN per la Pediatria di Libera Scelta vigente
- di essere occupato in altri incarichi SI NO se si specificare presso _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 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 ai sensi del Dlgs30/06/2003 n.. 196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di incarichi provvisori di pediatria di L.S: e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allego fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità