

ATS SARDEGNA  
ASSL NUORO

**OGGETTO: Conferimento di un incarico provvisorio di completamento orario  
nell'Assistenza Sanitaria nelle Località Turistiche Assl**

**ANNO 2018**

L  sottoscritt  Dott./ssa

nato/a  il  residente a

CAP  (Prov ) in via

n°

Posizione in Graduatoria Regionale per la Medicina Generale – Anno 2018 n°

C.F.  Tel.

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti nell'ipotesi di dichiarazione mendace:

1. di essere disponibile ad assumere incarichi provvisori di completamento orario nel Servizio di Assistenza Sanitaria nelle Località Turistiche Assl  anno 2018;
2. di non essere in situazione di incompatibilità secondo quanto previsto dall' Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente e dall'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 24/04/2013;
3.  **di essere**  **non essere** titolare di altra attività convenzionata o aziendale;
4. di prendere atto che le comunicazioni riguardanti la convocazione saranno inviate tramite mail aziendale e varranno come unica convocazione ( no telegramma).

*Con la presente si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003*

**Allega alla presente, fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità.**

*(art.38 comma 3 del DPR 445/00)*

Data,.....

Firma.....