

Area Socio Sanitaria Nuoro  
Servizio Cure Primarie  
Via ATTILIO DEFFENU 42  
08100 NUORO

**OGGETTO: Dichiarazione disponibilità incarico provvisorio Assistenza Primaria**

SEDE DI \_\_\_\_\_

Il sottoscritt Dott. \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Cod. Reg. \_\_\_\_\_

DATA DI LAUREA \_\_\_\_\_ VOTO DI LAUREA \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_

Inserito Graduatoria Regionale anno \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ SI NO

Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale SI NO

Iscritto al corso di Formazione in Medicina Generale SI NO

Iscritto al Corso di specializzazione  
in \_\_\_\_\_ SI NO

**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 ai sensi del DLGS 30.06.2003 n° 196 "Codice Privacy". I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di assistenza primaria e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**IL/LA SOTTOSCRITT\_ ALLEGA UNA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'**