



Bollo da € 16,00

All'Azienda per la tutela della salute

A. S. S. L. di Oristano

Via Carducci, 35

09170 ORISTANO

OGGETTO: Domanda per l'attribuzione di incarichi a tempo determinato di Medico di Medicina dei Servizi presso l'Istituto Penitenziario Casa Circondariale S. Soro di Massama - Oristano.

Il/la sottoscritto/a Dottor/Dott.ssa. _____

Chiede

di essere inserito nella Graduatoria dell'AT.S. Sardegna - A.S.S.L. di Oristano per l'attribuzione di incarichi a tempo determinato per la Medicina dei Servizi - Istituto Penitenziario Casa Circondariale di Oristano.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e sotto la propria personale responsabilità

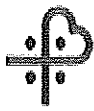
Dichiara

- ◆ di essere nato/a a _____ il _____;
- ◆ di essere residente a _____ (Prov. _____)
CAP. _____ in Via _____, n. _____
telefono _____ e mail _____;
- ◆ di essere laureato/a dal (giorno - mese - anno) _____ con la votazione
di _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- ◆ di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Medici e Chirurghi presso l'Ordine Provinciale di _____ in data _____ numero di iscrizione _____;

N.B. (per ogni voce di seguito riportata barrare "SI" se si è nella condizione/titolo sotto indicata - "NO" se non si è nella condizione/titolo sotto indicata)

1) Per i Medici già operanti presso gli Istituti Penitenziari e i Centri per la Giustizia Minorile: di operare / aver operato in qualità di Medico presso Istituti Penitenziari o Centri per la Giustizia Minorile Si / No - se Si indicare:

a) Presso quale/i Istituto/i _____;



- b) decorrenza dell'incarico dal _____ al _____;
dal _____ al _____;
dal _____ al _____;
- c) data di cessazione dell'incarico _____;

2) Per i Medici non in possesso dei requisiti di cui al punto 1 - in quanto non operanti presso Istituti Penitenziari e Centri di Giustizia Minorile;

● di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva dei Medici di Medicina Generale valida per l'anno 2016, **Si / No**;

se **Si** - indicare il numero _____;

● di non essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva dei Medici di Medicina Generale in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale **Si / No**;

se **Si** - conseguito in data _____ presso la sede di _____;

● di non essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva dei Medici di Medicina Generale ma di essere in possesso dell'abilitazione professionale alla data 31/12/2016 **Si / No**;

se **Si** - conseguita in data _____;

● di essere iscritto al corso di Formazione in Medicina Generale **Si / No**;

se **Si** - indicare se titolare o meno di borsa di studio **Si / No** ;

● di essere iscritto alla scuola di Specializzazione **Si / No**;

IL Sottoscritto dichiara altresì di aver preso conoscenza della normativa vigente per gli incarichi in oggetto e dell'ACN vigente per i M.M.G e per i Medici dei Servizi e del relativo Accordo Integrativo Regionale.

Allega: fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità.

Chiede, infine, che ogni comunicazione venga trasmessa al seguente indirizzo:

Data _____

Firma _____

I dati personali sopra riportati vengono forniti al fine del conferimento di incarichi a tempo determinato per la Medicina dei Servizi presso l'Istituto Penitenziario di Massama ai sensi dell' Art. 13 D.Lgs. N° 196/03.