

Alla Direzione Area Socio Sanitaria Locale di Oristano
Via Carducci 35
09170 Oristano

OGGETTO: Domanda di inserimento nella Graduatoria Aziendale per l'attribuzione di incarichi per la **Guardia Medica e la Medicina Generale** presso la A.S.S.L. di Oristano.

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

Chiede

di essere inserito nella Graduatoria per l'attribuzione di incarichi provvisori e di sostituzione per Guardia Medica e la Medicina Generale presso la A.S.S.L. 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. _____ **TEL.** _____ indirizzo e-mail _____ indirizzo posta elettronica certificata _____
- **di essersi laureato/a in data** _____ con la **votazione** di _____ presso l'Università degli Studi di _____ e di avere compiuto al momento del conseguimento della laurea l'età di (specificare età in anni, mesi e giorni) **anni** _____ / **mesi** _____ / **giorni** _____ .
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Medici e Chirurghi presso l'Ordine Provinciale di _____ in data _____ num. di iscrizione _____

(barrare per ogni voce di seguito il SI o il NO di interesse)

- di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva per la Medicina Generale valevole per l'anno 2018 al num. _____ **SI NO**
- di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito in data _____ presso la sede di **SI NO**
- di essere iscritto alla scuola di specializzazione **SI NO**
- di essere iscritto al corso di formazione in Medicina Generale **SI NO**

Il sottoscritto accorda le propria disponibilità per l'attribuzione di turno occasionali e/o incarichi di reperibilità di Guardia Medica **SI NO**
e a tal fine indica l'eventuale ordine di preferenza dei Distretti dell'Azienda (Oristano; Ales-Terralba; GhilarzaBosa):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

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

Dichiara altresì di aver preso conoscenza della normativa contenuta nel vigente ACNL per la Medicina Generale e nel vigente Accordo Integrativo Regionale.

Chiede, infine di ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

Data _____

Firma _____

La presente domanda deve essere presentata corredata della marca da bollo

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali - Art. 13 D.Lgs. N° 196/03
I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi di sostituzione e incarichi provvisori per la Guardia Medica e Medicina Generale .