

ATS SARDEGNA
ASSL ORISTANO

**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.....