

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N.2 OLBIA**

OGGETTO : Domanda di inserimento in Graduatoria Aziendale per il conferimento di incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale.
Graduatoria Regionale 2012.

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ Cod Reg. _____
nato/a a _____ il _____ residente a
_____ via/piazza _____ tel. _____
Cod. Fiscale _____ e-mail _____
iscritto nella G.R. valida per l'anno **2012** al n° _____

Chiede di essere inserito nella Graduatoria Aziendale per eventuale conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale di questa Azienda.

A tal fine dichiara:

- di essere laureato in Medicina e Chirurgia in data _____ con voto finale _____;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi di _____ in data _____ con n. _____;
- di essere / non essere in possesso dell'Attestato di formazione in Medicina Generale conseguito in data _____
- di essere / non essere in possesso di Specializzazione in _____;
- di essere / non essere iscritto alla Scuola di Specializzazione o Corso di Formazione in in Medicina Generale _____.

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo (solo se diverso dalla residenza):

Via _____ n. _____ CAP _____ città _____

Il/la sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 D.P.R. 445/2000)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità. (Art.38 comma 3 del DPR 445/00)

Data _____

_____ Firma