

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

**OGGETTO** : Domanda di inserimento in Graduatoria Aziendale per il conferimento di incarichi provvisori nel Servizio di Emergenza Territoriale ( 118 ).

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 **2013** al n° \_\_\_\_\_

Chiede di essere inserito nella Graduatoria Aziendale per eventuale conferimento di incarichi provvisori nel Servizio di Emergenza Territoriale ( 118 ) di questa Azienda.

**A tal fine ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000**

**dichiara**

- di essere laureato in Medicina e Chirurgia c/o l'Università di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto finale \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso **dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'Attività di Emergenza Sanitaria Territoriale** conseguito c/o \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

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. 445/00)

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