



Marca da bollo  
€ 16,00  
L. n. 147/2013

**Oggetto:** Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta – ambito 4 della ASL n. 5 di Oristano

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Via/le \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ C.R. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

### COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto.  
A tal fine **DICHIARA:**

- di essere residente presso il comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via/le \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_.
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_/110;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere / non essere iscritto all'anno di corso (barrare la casella relativa) relativo alla specializzazione di \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:  
  
☐ quinto                      ☐ quarto                      ☐ terzo                      ☐ secondo                      ☐ primo
- di essere / non essere inserito nella Graduatoria Regionale annualità 202\_ della regione Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta, nella posizione n. \_\_\_\_\_ con punteggio di \_\_\_\_\_;
- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 20, ACN 2022 per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta.

Dichiara inoltre che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle Sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

**ALLEGO alla domanda fotocopia idoneo documento di riconoscimento**, in corso di validità (art. 38, comma 3 DPR 445/2000).

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del conferimento di incarichi provvisori di Pediatria di Libera Scelta e verranno utilizzati per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_