

Bollo € 16,00

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NUORO**

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 _____ cell. _____

Cod. Fiscale _____

e-mail _____

iscritto nella G.R. valida per l'anno **2015** 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. 445/2000)

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