

All'Azienda Sanitaria di Nuoro
Servizio Cure Primarie
Via DEFFENU 42
08100 NUORO

OGGETTO: **Dichiarazione disponibilità incarico provvisorio Assistenza Primaria**

Il sottoscritt Dott. _____

nat a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Via _____

Tel _____ Cell. _____

Cod. Reg. _____

DATA DI LAUREA _____ VOTO DI LAUREA _____

Iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

Inserito Graduatoria Regionale anno _____ n. _____ SI NO

Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale SI NO

Iscritto al corso di Formazione in Medicina Generale SI NO

Iscritto al Corso di specializzazione
in _____ SI NO

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.

Data _____

Firma

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30.06.2003 n° 196 "Codice Privacy". I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di assistenza primaria e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.