

Con riferimento al Vs. Provvedimento n. _____ del _____ il/la sottoscritto/a

Dr _____ Tel. _____ Cell. _____

DICHIARA:

- la disponibilità ad eventuali incarichi provvisori nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- la disponibilità ad eventuali turni di reperibilità domiciliare in Continuità Assistenziale;
- la disponibilità ad eventuali incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale (solo se in possesso dell'attestato di idoneità);
- la disponibilità ad eventuali incarichi di Assistenza Medico Generica a Turisti e Villeggianti;
- la disponibilità ad altri eventuali incarichi nell'ambito della Medicina Generale.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28-12-2000,n.45, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA ALTRESI':

- A. di essere nato/a il _____ a _____ (____);
- B. di essere residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n° _____;
- C. di aver conseguito la laurea in data _____, presso l'Università di _____ con voto _____;
- D. di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica dal _____;
- E. di essere iscritto/a all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- F. di essere iscritto/a nella graduatoria regionale della Regione _____ anno _____ al n° _____, con punti _____;
- G. di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n°259/91 il _____;
- H. di essere iscritto/a al seguente corso di specializzazione _____ dal _____ al _____;
- I. di essere iscritto/a al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione _____ dal _____ al _____;
- L. di aver superato apposito corso di idoneità per l'Emergenza Sanitaria Territoriale tenuto dall'Azienda USL _____ Regione _____ dal _____ al _____.

data

IN FEDE
