

l sottoscritt Dott/ssa

nato a il , residente a

CAP

(Prov

) in via n°

C.F Tel .

mail personale/mail aziendale (obbligatoria)

***(COMPILARE IL MODULO IN***

***MODO LEGGIBILE)***

# CHIEDE:

Di essere inserito nell’ELENCO DI DISPONIBILITA’ PER COPERTURA TURNI E/O SOSTITUZIONE NELL’ASSISTENZA SANITARIA NELLE LOCALITA’ TURISTICHE.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R 445/00, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, 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).

# DICHIARA:

# Di possedere i requisiti generali e specifici previsti dall’avviso pubblico per la formazione di una graduatoria per la copertura di turni e/o sostituzione nell’assistenza sanitaria nelle località turistiche.

# DICHIARA ALTRESI’:

1. **di aver conseguito** la Laurea in Medicina e Chirurgia il

voto /110

1. **di aver conseguito** l’abilitazione all’esercizio professionale presso l’Università di sessione ;

presso L’Università degli Studi di

anno

1. **di essere iscritto** all’Ordine dei Medici di

al n°

dal

1. **di avere o carico;**

**di non avere condanne definitive per delitti di qualunque natura, né procedimenti penali a**

## > Da compilare solo se l’indirizzo è diverso da quello della residenza:

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo: Via n. Città

Prov

CAP

e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

## Con la presente si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

**Allega alla presente fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità.** (art.38 comma 3 del DPR 445/00)

Data,……………………. Firma ……………………..