

I sottoscritt_ dott._____
nat_ il _____ a _____
residente in _____ CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____
C. Fiscale _____
indirizzo di posta elettronica (leggibile) _____ @ _____
indirizzo di posta P.E.C. (leggibile) _____ @ _____

D I C H I A R A: (barrare le caselle interessate)

- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori nel Servizio di Continuità Assistenziale;
 la propria disponibilità ad effettuare turni di Reperibilità Domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale;
 la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori nel servizio di E.S.T. "118" **(solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'Emergenza sanitaria Territoriale "118")**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA ALTRESI'

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____;
- di essere abilitat__ all'esercizio della professione medica dal _____;
- di essere iscritt__ all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere iscritt__ nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo valevole per l'anno 2019 – Settore Continuità Assistenziale al n. _____ con punti _____; - Settore Emergenza Sanitaria Territoriale "118" al n. _____ con punti _____;
- di avere/non avere acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D. Lgs. N. 259/91 in data _____;
- di essere/non essere iscritt_ al seguente corso di specializzazione _____ dal _____ al _____;
- di essere/non essere iscritt_ al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione _____ dal _____ al _____;
- di essere incondizionatamente idone__ alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17, vigente A.C.N. per la Medicina Generale e s.m.i...;
- di essere disponibile a ricoprire l'incarico su tutto il territorio Aziendale;
- di assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio.

N.B.: si allega copia del documento di riconoscimento (a pena di esclusione)

Data _____

Firma _____