

Al Dirigente U.O. Assistenza Sanitaria
Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

Ambito Territoriale di _____

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a il _____

a _____ e residente in _____

alla via _____ tel. _____

Comunica di essere disponibile all'assunzione di incarichi di sostituzione di continuità assistenziale

A tal fine, sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia dichiara:

- di essere laureato in _____

in data _____ presso _____

con votazione _____

- di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici e dei Chirurghi della Provincia di _____ a far data dal _____ con numero di iscrizione N° _____

- di essere/non essere presente tra gli inclusi nella graduatoria unica regionale definitiva
valevole per l'anno _____ con punteggio di _____ (barrare l'affermazione falsa)

- di essere/non essere presente nella graduatoria unica regionale definitiva (medici esclusi per
abilitazione dopo il 31.12.1994)

valevole per l'anno _____ con punteggio di _____ (barrare l'affermazione falsa)

- di aver conseguito l'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n.256/91 in

data _____ nella Regione _____

- di detenere il seguente rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (in caso negativo

scrivere:nessuno)_____

- di essere/non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n.256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto leg.vo n.257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L..vo n. 368/99 (barrare l'affermazione falsa):

Denominazione del corso_____

Soggetto pubblico che lo svolge_____

Inizio: dal_____

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa_____ si impegna a comunicare sollecitamente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la presente comunicazione.

Si allega copia fotostatica del documento di identità:

tipo _____, n. _____

Data

Firma