

ASL 4 Ogliastra

Pec : cureprimarie@pec.asllanusei.it

OGGETTO: Domanda Disponibilità per l'attribuzione di incarichi temporanei di Unità Speciali di Continuità Assistenziale per la gestione dei pazienti affetti da COVID-19.

Il Sottoscritto Dr. _____,
nato a _____, il _____, residente a _____,
via _____, n° _____, Telefono o cellulare _____
domicilio diverso dalla residenza _____
e-mail _____ pec _____.

COMUNICA

Di essere disponibile a far parte delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), alle condizioni previste dallo specifico Avviso pubblicato sul sito della ASL 4 Ogliastra.

A tal fine **DICHIARA di essere:**

- Medico titolare di Continuità Assistenziale presso il punto guardia di _____
- Medico con incarico provvisorio o di sostituzione di Continuità Assistenziale presso il punto guardia di _____
- Medico in possesso del titolo di Formazione in Medicina Generale ;
- Medico iscritto al corso di Formazione in Medicina Generale all'anno _____
- Medico Specialista ambulatoriale interno in _____
- Medico laureato in Medicina e Chirurgia, abilitato e iscritto all'ordine dei medici di _____

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.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. **ALLEGRO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).**

Data _____

Firma _____