

Allegato "A"

Alla ASL Caserta
A mezzo P.E.C.: protocollo@pec.aslcaserta.it

Oggetto: "Codici minori"

Domanda di manifestazione di interesse per il trattamento dei codici "minori" in prossimità di un P.S. dell'ASL di CE E/O AORN CE (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza); (Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ laureato/a in _____
_____ domiciliato a _____
_____ in via/piazza _____
Telefono _____ Cellulare _____ email _____
PEC _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria aziendale dei disponibili al trattamento dei codici minori in prossimità di un P.S. dell'ASL di CE E/O AORN CE

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali in caso di false attestazioni, di formazione ed uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARA

- di essere laureato in Medicina e Chirurgia;
- di essere corsista presso il CFSMG;
- di essere iscritto al _____ anno della scuola di specializzazione in _____
- di essere specialista in _____

Firma _____

Data _____

ATTENZIONE: La domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato/a ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità. Per gli specializzandi è necessario allegare nulla osta da parte del Direttore del Corso di specializzazione.