

- Al Direttore Responsabile D.S.
➤ Al Dirigente Responsabile U.O.A.S.B. –
D.S.
ASL CASERTA – Sede

Oggetto: Domanda per inserimento nella Graduatoria Distrettuale Medici Reperibili di Continuità Assistenziale.

Il sottoscritto dott.....nato ail.....
cod. fisc.....residente a.....CAP.....
Via.....n°tel.....tel. cell.....

Chiede

di essere inserito nella Graduatoria di Codesto Distretto relativa ai Medici Reperibili per il Servizio di Continuità Assistenziale.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/00 n. 445 recante il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalla Legge

DICHIARA

- Di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di in data.....con voto.....
- Di essersi abilitato all'esercizio della professione nellaSessione dell'anno.....presso l'Università di
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di dal.....al numero.....
- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere presente nella Graduatoria della Medicina Generale della Regione Campania con punti.....
- Di frequentare/non frequentare Corso di Formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto a Scuole di Specializzazione
- Di non trovarsi in posizione di incompatibilità per ricoprire l'incarico di cui sopra.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Data.....

Firma

Si allega fotocopia di valido documento di riconoscimento del dichiarante.