

Modulo per

GUARDIA MEDICA TURISTICA

ALLA SOC POLITICHE DEL TERRITORIO
A.S.U. FRIULI CENTRALE
Via Pozzuolo, n. 330
33100 UDINE

Trasmissione via PEC:
asufc@certsanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a _____

COMUNICA

di essere disponibile all'eventuale conferimento del seguente o dei seguenti incarichi di Guardia Medica Turistica Stagione 2021:

☐ **LIGNANO SABBIADORO** (che copre anche i comuni di Aprilia Marittima e Bevazzana):

- ☐ dal 21.05.2021 al 19.09.2021, con garanzia di almeno 8 turni mensili per tutto il periodo di apertura della stagione turistica;
- ☐ per un periodo limitato dal _____ al _____;

☐ **TARVISIO:**

- ☐ dal 28.06.2021 al 29.08.2021
- ☐ per un periodo limitato dal _____ al _____;

☐ **SAPPADA:**

- ☐ dal 28.06.2021 al 29.08.2021
- ☐ per un periodo limitato dal _____ al _____;

☐ **FORNI DI SOPRA** (che copre anche il comune di Forni di Sotto):

- ☐ dal 26.07.2021 al 29.08.2021
- ☐ per un periodo limitato dal _____ al _____;

Pertanto, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e della sanzione della decadenza dal beneficio conseguito a seguito di un provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____
Prov./Stato _____ il _____;
- di essere residente a _____ Via _____ n. _____
_____ Provincia _____;
- di essere domiciliato a _____ Via _____ n. _____
_____ Provincia _____;
- cell. _____;
- Indirizzo e-mail _____ PEC _____
_____;
- CF _____;
- di essere laureato/a in data _____ voto di laurea _____
(giorno, mese e anno) _____, presso
l'Università degli Studi di _____ con specializzazione in _____
_____ conseguita il _____
_____ c/o _____;
- di essere/non essere iscritto nella graduatoria unica regionale della Regione _____
_____ per l'anno _____ con il punteggio di _____;
- di essere/ non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso _____;
- di essere iscritto/a al _____ anno della scuola di specializzazione presso l'Università di _____;
- di essere iscritto/a al _____ anno del corso triennale per la formazione specifica in medicina presso _____;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ dal _____ n. _____;
- di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo: _____
_____.

Si allega fotocopia del documento d'identità

Lì, _____

Firma _____