

Modulo per

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

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 di un incarico provvisorio di continuità assistenziale nel territorio di competenza dell'ASU FC;

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 _____