

ALLA SOC POLITICHE DEL TERRITORIO
DELL' 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 dell'incarico provvisorio di assistenza primaria di medicina generale nell'ambito territoriale composto dai Comuni di:

- Amaro, Cavazzo Carnico, Tolmezzo e Verzegnis (con ambulatori a Cavazzo Carnico e Verzegnis) a decorrere dal 26.01.2021;
- Ampezzo, Arta Terme, Comeglians, Cercivento, Enemonzo, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Lauco, Ovaro, Paluzza, Paularo, Prato Carnico, Preone, Ravascletto, Raveo, Rigolato, Sappada, Sauris, Socchieve, Sutrio, Treppo Ligosullo, Villa Santina e Zuglio;

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 cit.),

DICHIARA

-di essere nato/a a _____ Prov/Stato _____ il _____

-di essere residente a _____ Via _____ n. ____ C.A.P. _____ Provincia _____

-di essere domiciliato/a a _____ Via _____ n. ____ C.A.P. _____ Provincia _____

- cell. _____

- Indirizzo di posta elettronica _____ PEC _____

-C.F. _____

-di essere laureato/a in data _____ voto di laurea _____ presso l'Università degli
(giorno,mese,anno)

Studi di _____ con specializzazione in _____

conseguita il _____ c/o _____
(giorno, mese ed anno)

-di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria unica regionale della Regione _____
per l'anno _____ con il punteggio di _____

-di essere/non essere (1) 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. _____

Si allega fotocopia del documento d'identità.

Lì, _____

Firma _____