

Oggetto: Domanda disponibilità per incarichi temporanei di Unità Speciali di Continuità Assistenziale per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID - 19.

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____

il _____, residente a _____ via _____

n. _____, cellulare _____, mail _____

DICHIARA DI ESSERE

- Medico titolare di Continuità Assistenziale presso il punto guardia di _____
- Medico con incarico provvisorio o di sostituzione di continuità assistenziale presso il punto guardia di _____
- Medico in possesso del titolo di formazione in Medicina Generale
- Medico iscritto al corso di formazione in Medicina Generale, all'anno _____
- Medico laureato in medicina e chirurgia, abilitato e iscritto all'Ordine dei Medici di _____
- Medico specialista ambulatoriale interno in _____

DICHIARA ALTRESI'

di essere disponibile a far parte delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), alle condizioni previste dallo specifico Avviso pubblicato sul sito ATS Sardegna e nei seguenti ambiti (indicare la/le voce/i di interesse):

- ASSL _____, ambiti _____; _____; _____; _____

- ASSL _____, ambiti _____; _____; _____; _____

- ASSL _____, ambiti _____; _____; _____; _____

- ASSL _____, ambiti _____; _____; _____; _____

Dichiara inoltre che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

ALLEGRO alla domanda fotocopia di idoneo **documento di riconoscimento** in corso di validità (art. 38 c. 3 DPR 445/2000)

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del conferimento di incarichi provvisori di pediatria l.s. e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

firma _____