

Bollo
€ 16,00

Al Direttore UOC Assistenza Primaria
ASL Salerno
Via Nizza n. 146
84124 Salerno

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
cittadinanza _____ Codice Fiscale _____
e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
Cellulare _____ Telefono fisso _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso di trasferimento intraaziendale di Assistenza Primaria ad attività oraria.

A tal' uopo lo scrivente dichiara:

- di essere laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____ con voto _____ /110 presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con numero iscrizione _____;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria ad attività oraria dal _____;
- di essere in servizio presso il Presidio di _____;
- di indicare il Presidio presso il quale chiede di essere trasferito secondo il seguente ordine di preferenza:

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i..

Si allega copia della _____ n° _____
rilasciata da _____ il _____

_____ (luogo e data)

_____ (firma)