

ASP di Crotone
Settore Medicina Generale
C/o Dipartimento CTAAD
Via M.Nicoletta (Il Granaio)

Il/La sottoscritto Dr. _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ laureato in data _____
con voto _____ presso l'Università di _____ abilitato in data _____
presso l'Università di _____ iscritto all'ordine dei Medici di _____
al n _____

Con la presente comunica la propria disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori

- nel settore dell'assistenza primaria
- nel settore della continuità assistenziale.

A tal fine dichiara

- 1) di essere/non essere inserito _____ nella Graduatoria Regionale, pubblicata sul BURC della Regione Calabria n 11 del 13/03/2009, con punti _____;
- 2) di essere/non essere iscritto ___ a corsi di formazione specifica in medicina generale o a scuole di specializzazione ;
- 3) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale ;
- 4) di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'ACN del 29 Luglio 2009 e dagli Accordi regionali pubblicati sul BURC n 17 del 16/09/2006.

Data _____

Firma _____