



**SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE ORISTANO**

*AI DIRETTORE GENERALE  
ASL ORISTANO  
protocollo@pec.asloristano.it*

**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER MOBILITA' INTRA-AZIENDALE, AI SENSI DELL'ACN PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA - TRIENNIO 2019-2021, SIGLATO IN DATA 21/05/2024, RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DA ALMENO 2 ANNI DI INCARICO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO LA ASL N.5 DI ORISTANO**

IL/LA SOTTOSCRITT\_

NOME COGNOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del citato DPR:

DICHIARA

■ di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

■ di risiedere a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

■ di essere titolare (barrare la casella che interessa):

- titolare di incarico di pediatria di libera scelta da almeno 2 anni presso l'Azienda Sanitaria Locale n.5 di Oristano Ambito \_\_\_\_\_, e disponibile alla mobilità intra-aziendale, nei seguenti ambiti individuati come carenti con Deliberazione DG n.\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con il seguente ordine di priorità:

1. Ambito \_\_\_\_\_

2. Ambito \_\_\_\_\_

3. Ambito \_\_\_\_\_

■ di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse per **AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER MOBILITA' INTRA-AZIENDALE, AI SENSI DELL'ACN PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA -TRIENNIO 2019-2021, SIGLATO IN DATA 21/05/2024, RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DA ALMENO 2 ANNI PRESSO LA ASL N. 5 DI ORISTANO**

ALLEGA:

- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;

#### AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.

In fede,

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_