



Al Direttore Generale dell'ASL Salerno
assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ Codice Fiscale _____
e residente nel Comune di _____ (prov. _____) - CAP _____
al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
cellulare _____ Telefono fisso _____
laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____ con voto _____ /110
presso l'Università degli Studi di _____
abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno _____,
iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____
con numero iscrizione _____

comunica la propria disponibilità all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato per la Guardia Medica Turistica anno 2023.

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;
- che comunicherà all'A.S.L. Salerno ogni intervenuta incompatibilità.

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)