

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Titoli Di Servizio ed Attività Svolta

**ESENTE DA BOLLO**

In relazione alla domanda di ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Sardegna relativo agli anni 2013/2016:

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, **dichiaro di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

**D I C H I A R A**

**DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO:**

1. incarico a tempo determinato o di sostituzione nella assistenza primaria : nel caso di incarico di sostituzione (valutabile solo se svolta con rif. a più di 100 utenti e per periodi non inf. a 5 giorni) indicare anche il medico sostituito:

(punti 0,05 per mese di attività)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL n. \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

2. incarico a tempo determinato o di sostituzione nella continuità assistenziale : (punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

**N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio**

**Anno:..... Azienda Sanitaria Locale: .....**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settem	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novem	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicemb	dal _____	al _____	ore _____

**Anno: ..... Azienda Sanitaria Locale: .....**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settem	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novem	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicemb	dal _____	al _____	ore _____

**Anno:..... Azienda Sanitaria Locale: .....**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settem	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novem	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicemb	dal _____	al _____	ore _____

**Anno: ..... Azienda Sanitaria Locale: .....**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settem	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novem	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicemb	dal _____	al _____	ore _____

FIRMA \_\_\_\_\_

**SEGUE** punto 2: incarico a tempo determinato o di sostituzione nella continuità assistenziale : (punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

**N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio**

**Anno:** ..... **Azienda Sanitaria Locale:** .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settem	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novem	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicemb	dal _____	al _____	ore _____

**Anno:** ..... **Azienda Sanitaria Locale:** .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settem	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novem	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicemb	dal _____	al _____	ore _____

**Anno:** ..... **Azienda Sanitaria Locale:** .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settem	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novem	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicemb	dal _____	al _____	ore _____

**Anno:** ..... **Azienda Sanitaria Locale:** .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settem	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novem	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicemb	dal _____	al _____	ore _____

FIRMA \_\_\_\_\_

3 . incarico a tempo determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi (punti 0,05 per mese di attività, raggugliato a 96 h. di attività)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

4 . incarico a tempo determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

3. incarico a tempo determinato nelle Attività Territoriali Programmate:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

6 . incarico a tempo determinato di assistenza turistica (punti 0,05 per mese di attività)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero . (1)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_(2)

*(1) Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

*(2)- Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autentica, di un documento di identità del sottoscrittore.*

***N.B: 1) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati di servizio di cui già in possesso.***

***2) Ogni pagina della presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato.***