

## ALLEGATO 1d)

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2021) MEDICI PEDIATRI SPECIALIZZATI DOPO IL 31 GENNAIO 2020

**BOLLO € 16**

A.S.S.L. di Cagliari  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)

n. identificativo della marca da bollo  
(in caso di invio della domanda a mezzo pec)

Nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dott. ....consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76  
del DPR n. 445/2000 e ss.mm.i. dichiara di essere nato/a a.....il.....  
Cittadinanza .....Codice Fiscale ..... residente a ..... prov.....  
Via ..... CAP..... dal ..... ASSL di residenza .....  
TEL..... email ..... pec .....

#### PRESENTA DOMANDA

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 33, comma 5, lettera **d)** dell'ACN 2005 e s.m.i., integralmente sostituito  
dall'art. 4 dell'ACN/2018 nel sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della  
Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ :

ASSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente: l'allegato 1 bis), la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il  
diritto a concorrere, e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso

La propria residenza ☐ Il domicilio sotto indicato ☐

c/o ..... Via/Piazza ..... n. ... Comune ..... prov. ....

Data

.....

Firma

.....