



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Utilizzare il presente schema

All. 3 determinazione n.
dichiarazione da allegare alla domanda di ammissione

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 2016/2019:

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:**

DICHIARA

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 _____

FIRMA _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

segue

dal _____ al _____ presso ASL n. _____ medico _____

tel _____

dal _____ al _____ presso ASL n. _____ medico _____

tel _____

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 _____

FIRMA _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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 _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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 _____

3 . incarico a tempo determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi (punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato 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 _____

FIRMA _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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 _____

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.