

Allegato n. 1 Avviso di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 644 del 04/06/2026

Spett.le ATSL
c/o Area Sociosanitaria Locale 5
PEC: protocollo@pec.atsliguria.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO AI SENSI DELL'ART. 30, COMMA 6,
DELL'ACN PLS PER INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
RISERVATO AI PLS CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO
(DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE ENTRO IL 23/06/2026)**

Il/La sottoscritto/a nato/a
..... Prov. (.....) il/...../..... residente in
..... Prov. (.....) Via/Piazza
n. Tel./Cell.: Email:
PEC:

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

dichiara

- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con votazione di ____/____
- di aver conseguito la specializzazione in pediatria o disciplina equipollente presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con votazione di ____/____
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta presso Codesta Azienda nell'Area Sociosanitaria Locale n. _____ nel Distretto Sociosanitario n. _____ nel Comune di _____ dal _____ (indicare la data completa)

Eventuali annotazioni relative a incarichi precedenti: _____

chiede
ai sensi dell'articolo 30, comma 6, dell'ACN PLS

di partecipare alla mobilità intraaziendale per il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta per i seguenti ambiti individuati carenti da codesta Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. _____ del _____, di cui al presente avviso, nel rispetto del seguente ordine di priorità di assegnazione:

	Denominazione incarico vacante (Area - Distretto Sociosanitario - Comune)
1°	
2°	
3°	
4°	
5°	
6°	

Riportare gli incarichi vacanti di PLS con la medesima descrizione risultante nell'elenco presente nell'avviso, in ordine di priorità di assegnazione.

Allega: fotocopia fronte/retro di documento d'identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma
