

**Allegato 1 – Avviso di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 225 del 20/02/2025**

Spett.le ASL 5 S.S.R.L.  
Indirizzo: Via Fazio n. 30 (SP)  
PEC:  
protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI MOBILITA' INTRAZIENDALE  
PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA – ANNO 2025  
ai sensi dell'articolo 30 comma 6, dell'ACN PLS 25/07/2024  
(DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE ENTRO IL 03/03/2025)**

Il/La sottoscritto/a.....  
Nato/a.....Prov.....il.....codice fiscale.....  
Residente a.....Prov.....  
Via/Piazza.....CAP.....n.....  
Tel/cell.....e-mail.....  
PEC.....

**PRESENTA DOMANDA DI MOBILITA' INTRAZIENDALE**

secondo quanto previsto dall'articolo 30, comma 6, dell'ACN PLS 25/07/2024, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta – anno 2025, di cui all'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti, individuati da Codesta Azienda, indicati in ordine di priorità:

di partecipazione all'avviso di mobilità intraaziendale secondo quanto previsto dall'articolo 30, comma 6, dell'ACN PLS 25/07/2024, per il trasferimento in uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta – anno 2025, individuati da Codesta Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, nel rispetto del seguente ordine di priorità di assegnazione:

PRIORITA' INDICARE 1°, 2° 3°, ecc. sulla base delle zone che interessano	AMBITI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Distretto Sociosanitario n. 18:<ul style="list-style-type: none"><li>- n. 3 zone carenti nel Comune di La Spezia;</li></ul></li> <li>• Distretto Sociosanitario n. 19:<ul style="list-style-type: none"><li>- n. 1 zona carenti nel Comune di Luni;</li><li>- n. 1 zona carenti nel Comune di Sarzana;</li></ul></li></ul>

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

1) di aver conseguito il diploma di specializzazione in:

○ Pediatria

○ \_\_\_\_\_

(disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.)

in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

2) di essere titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta presso Codesta Azienda, nel Comune di \_\_\_\_\_ ambito territoriale/Distretto Sociosanitario \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_ (1)

(1) *La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.*