#  **ALLEGATO A**

# ***Marca da bollo (€ 16,00)***

 **Spett.le**

 **ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOMANDA di iscrizione alla graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel servizio di ASSISTENZA PEDIATRICA VALEVOLE PER L’ANNO 2020**

ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di Libera Scelta.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M |\_\_| F |\_\_|

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Comune di residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. Tel./Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PEC** (**obbligatoria**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

* Di essere iscritto/a alla graduatoria aziendale di disponibilità di Codesta ASL per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di pediatria di libera scelta, ai sensi del vigente ACN della Pediatria di Libera Scelta e dell’AIR approvato con D.G.R. n. 1006 del 29/11/2019, valevole per l’anno 2020;
* che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

|\_\_| la propria residenza;

|\_\_| il seguente domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine, ai sensi dell’art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (ex art.76 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.),**

**DICHIARA**

1. **di essere** in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e abilitato all’esercizio professionale il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. **di essere** iscritto all’Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso della specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (*specificare*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998, conseguita presso l’Università di ………………………………………………. in data………………. con voto ……………………….;
4. ** di non essere** / ** di essere** iscritto nella vigente graduatoria regionale della pediatria di libera scelta

 *in caso affermativo completare*: collocato al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posto e con punti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. **Dichiara di aver preso visione dell’informativa sulla privacy di cui all’allegato B.**

**Il sottoscritto allega copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità. (1)**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorieta' da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono inviate unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore