

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....con voto.....presso l'Università degli Studi di.....;
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
4. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione..... dal.....(*)
(*detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico;*
5. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta: (*)
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
(*detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico*)
6. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, (*in caso affermativo specificare il tipo di attività.....*).

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell'eventuale accettazione di incarico.

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MERCOLEDÌ 11 LUGLIO 2018 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A. Moro, 21 – BOLOGNA (procedura per trasferimento: ore 9,30 e procedura per graduatoria: ore 10,30) secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma (**)

.....

.....

(*) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del/i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;

(**) La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....con voto.....
3. essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
4. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2018 con punti..... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2017) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
5. di essere residente nel Comune di.....dal.....(giorno/mese/anno) a tutt'oggi (*);
 - precedenti residenze:
 - dal.....al.....Comune di.....prov.....
 - dal.....al.....Comune di.....prov.....
 - dal.....al.....Comune di.....prov.....

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, anche se iscritto nella vigente graduatoria regionale

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell'eventuale accettazione di incarico.

- **di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MERCOLEDI' 11 LUGLIO 2018 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A.Moro, 21 – BOLOGNA (procedura per trasferimento: ore 9,30 e procedura per graduatoria: ore 10,30) secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.01.2015, di cui al precedente punto 5, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (10 punti per la residenza in ambito regionale e 6 punti per la residenza nell'ambito territoriale dichiarato carente) previsti dall'art.33, comma 3, lettere b) e c) dell'ACN per la pediatria di libera scelta;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma (**)

.....

.....

(*) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2015. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.33, comma 3, lettere b) e c) dell'ACN per la pediatria di libera scelta.

(**) La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).