Marca da bollo
Euro 16,00

Allegato B

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per graduatoria)

Azienda USL di Bologna
Dipartimento Cure Primarie
Settore Convenzioni Nazionali
Via S. Isaia, 94/A
40123 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....n.....

CAP.....tel…….....……cell.....……

e-mail: ……

inserito nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2015 (pubblicata nel BUR n. 5 - parte terza – del 9 gennaio 2015)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett.b) dell'ACN per la pediatria di libera scelta per l'assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n…..... del.....2015, come di seguito indicato:

(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)

ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……
ASL di…… n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n……

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

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…….....;
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 2015 con punti……..... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2014) 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

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

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.

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

.....

Data Firma (**)

....

(*) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2012. 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).