

**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 2018 (pubblicata nel BUR n. 325 - parte terza – del 6 dicembre 2017)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett.b) dell'ACN per la pediatria di libera scelta 15.12.2005 e s.m.i. per l'assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del.....2018, 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.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....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 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 per graduatoria degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MERCOLEDI' 13 FEBBRAIO 2019 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A.Moro, 21 – BOLOGNA alle 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 15.12.2005 e s.m.i.

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).