

Marca da bollo
Euro 16,00

Allegato C

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(pediatri che hanno acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti
successivamente al 31.01.2017 – come specificato al punto c) dell'Allegato n.1)

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:

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dalla Norma transitoria n.2 dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta 21.06.2018 per l'assegnazione degli 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.....n.....
ASL di..... n.....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.....n.....
ASL di..... n.....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.....n.....
ASL di..... n.....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.....n.....
ASL di..... n.....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.....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 47del DPR 445/00:

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 rientrare nelle condizioni di cui al punto c) dell'Allegato n. 1 e di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria o in discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30.01.1998 e s.m.i, (1) (specificare la disciplina:)
in data..... con voto.....presso l'Università degli Studi di.....;
- 3) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
- 4) di essere residente nel Comune di..... prov..... dal.....
- 5) 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 13 FEBBRAIO 2019 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A. Moro, 21 – BOLOGNA alle ore 11,30 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 (2)

.....

.....

(1) discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.: clinica pediatrica, neonatologia, pediatria e puericultura, pediatria preventiva e puericultura, pediatria preventiva e sociale, pediatria sociale e puericultura, puericultura, pediatria preventiva e sociale, puericultura ed igiene infantile, puericultura dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia, puericultura e dietetica infantile.

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;

(2) 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).