

**Marca da bollo
Euro 16,00**

Allegato A

RACCOMANDATA A.R.

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

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:

titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.4, comma 1, dell'ACN per la pediatria di libera scelta 21.06.2018 - che richiama l'art.33, comma 5, lettere a) e b) dell'ACN per la pediatria di libera scelta 15.12.2005 e sm.i. - per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del 2019, 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.....

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 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 per trasferimento degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MARTEDI' 25 GIUGNO 2019 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A. Moro, 21 – BOLOGNA alle ore 9,30 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).