

**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 ..... 2020, 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 MARTEDÌ 7 LUGLIO 2020 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).