

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA
DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 32, COMMA 12 DELL'ACN 28.04.2022**

ANNO 2024

RACCOMANDATA A/R



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

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(Cognome e Nome)

nato/a a _____ prov. _____ Il _____

residentea _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

M F Codice Fiscale _____

email _____

PEC (intestata al medico che presenta la domanda) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell'art. 32, comma 12 dell'A.C.N. per la Pediatria di libera scelta 28.04.2022, per l'assegnazione di ambiti territoriali carenti in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- inserito in graduatoria di altra Regione valida per l'anno 2024**

- in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i.**

per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti di pediatria di libera scelta, pubblicate nel BUR della Regione Emilia-Romagna n. 98 del 29 marzo 2024 e rimaste carenti a seguito delle procedure di assegnazione svolte, come da elenco presente nel sito della Regione Emilia-Romagna a seguito di specifica comunicazione alla SISAC (32, comma 12 dell'A.C.N. per la Pediatria di libera scelta 28.04.2022):

AUSL di PIACENZA n. 5001

AUSL di REGGIO EMILIA n. 1001

AUSL di MODENA n. 1501

AUSL di MODENA n. 1801

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i. (dichiarazione sostitutiva di certificazione), consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i..

DICHIARA

[BARRARE LE CASELLE INTERESSATE]

- di ESSERE RESIDENTE nel Comune di _____ prov. _____ dal ___/___/___
- di NON ESSERE ATTUALMENTE CONVENZIONATO a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

Da compilare **SOLO** da parte di coloro sono inseriti in graduatoria di **ALTRA** Regione valida per l'anno 2024

DICHIARA, inoltre:

di essere inserito nella graduatoria della Regione _____ con punti _____

- di AVER CONSEGUITO il diploma di LAUREA in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il ___/___/___ con voto ___/___ (specificare se il voto di laurea è espresso in 100 o 110)
- di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici di _____ dal ___/___/___
- di ESSERE IN POSSESSO del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i., conseguito presso l'Università di _____ in data ___/___/___

[da compilare dai candidati che presentano la domanda in quanto in possesso del solo

diploma di specializzazione];

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che:

- la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta avverrà il giorno 17 ottobre 2024 alle ore 10,00 presso la Regione Emilia-Romagna, viale Aldo Moro, 21 – BOLOGNA - Sala n.105/b (1° piano)
- contestualmente alla pubblicazione della graduatoria nel sito dell'AUSL di Bologna, verranno pubblicate le modalità di scaglionamento orario di convocazione
- nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.

Indicare eventuale recapito diverso dalla residenza per ogni comunicazione da parte dell'ufficio:

Data _____

Firma per esteso

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.