

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI
NELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
PER GRADUATORIA

Art.33, comma 2 lett. b) per la disciplina dei rapporti dei medici pediatri di libera scelta,
reso esecutivo con intesa Stato Regioni in data 29.07.2009 .

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI

____ SOTTOSCRITT _____ NAT _____ A _____ IL _____

RESIDENTE

A _____ PROV _____ VIA _____ N _____ CAP _____

N.TEL _____ pec _____ (obbligatoria)

CODICE FISCALE _____

Già inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art.15 dell'ACN dei medici pediatri di libera scelta,
reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 29.07.2009 valevole per l'anno in corso.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lettera b), dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i
medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 29.07.2009, per
l'assegnazione degli incarichi nelle zone carenti pediatriche pubblicate nel B.U.R. della Regione Calabria

n. _____ del _____ :

DISTRETTO/AMBITO/COMUNE/ _____ ;

-di non aver presentato domanda in altre Aziende Sanitarie

-di aver presentato domanda nelle seguenti Aziende Sanitarie

Conferma che le notizie sopra riportate corrispondano al vero.

La presentazione dell'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di
incompatibilità (allegato I all'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con intesa Stato Regioni in
data 29.07.2009) è rinviato al momento dell'eventuale conferimento incarico.

Per l'attribuzione del punteggio relativo alla residenza, allega alla presente certificato storico di residenza o
autocertificazione e dichiarazione sostitutiva da cui si evince:

Data inizio della residenza nella regione Calabria senza soluzione di continuità;

Data inizio della residenza, senza soluzione di continuità, in un Comune compreso nell'ambito territoriale
per il quale il candidato concorre.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo P.e.c. _____

Allego copia controfirmata di documento d'identità

FIRMA _____