

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

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

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI COSENZA

I SOTTOSCRITT _____

NAT ____ A _____ RESIDENTE A _____

PROV _____ VIA _____ N _____ CAP. _____ N.TEL _____

Indirizzo P.e.c. _____

CODICE FISCALE _____

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, a), 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 seguenti zone carenti pediatriche pubblicate nel B.U.R. della Regione Calabria n. _____ del _____:

- DISTRETTO/AMBITO/COMUNE/ _____;

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR del 28/12/2000, n.445, per comprovare l'anzianità complessiva di incarico di pediatria di libera scelta.

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta ed iscritto nell'elenco dei

medici pediatri dell'Azienda Sanitaria _____ di per l'ambito territoriale

(distretto) di _____ Comune _____

della Regione _____ dal (g/m/a/) _____ e con anzianità

complessiva part a mesi _____

Di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio _____

Dichiara inoltre

O - di non aver presentato domanda in altre Aziende Sanitarie

O - 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.

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

DATA:..... FIRMA_____