

Marca da bollo (€ 14,62)
RACCOMANDATA A.R.

Allegato A

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

Azienda USL di Bologna
U.O. Convenzioni Nazionali
Via Montebello,6
40121 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....
residente a.....prov.....Via.....n.....
CAP.....tel.....cell.....
titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett.a) dell'ACN per la pediatria di libera scelta per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... delaprile 2009, come di seguito indicato:
(riportare il numero che identifica gli ambiti carenti)

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... 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, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale (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.

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 una copia fotostatica, anche non autenticata, del/i certificato/i di servizio di cui sia 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).