

MARCA DA

BOLLO

€ 16,00

ATS SARDEGNA  
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE  
SC DI MEDICINA CONVENZIONATA  
ASSL SASSARI

☐ I ☐ sottoscritt ☐ Dott/ssa

nato a  il , residente a

CAP  (Prov ) in via  n°

C.F.  Tel.  C.R.

Pec  *Mail Aziendale*

### CHIEDE

DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICO NELL'AMBITO TERRITORIALE CARENTE DI ASSISTENZA PEDIATRICA N° 3 (ALGHERO-OLMEDO) – ASSL SASSARI -

### PER TRASFERIMENTO

Ai sensi 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 ss.mm.ii. - Individuazione zona carente nella Pediatria di Libera Scelta, ambito 3 – Alghero, Olmedo – Distretto di Alghero pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n.22 del 16/05/ 2019

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R 445/00, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### DICHIARA

a) **di aver conseguito** la Laurea in Medicina e Chirurgia il  presso l'Università degli Studi di  voto /110 ;

b) **di aver conseguito** l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di  anno  sessione ;

c) **di essere iscritto** all'Ordine dei Medici di  al n°  dal

d) ☐ **di essere in possesso** del diploma di specializzazione in pediatria conseguito in data  presso L'Università degli Studi di  voto ;

e) ☐ **di essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda  della Regione  ambito  dal ;

f) ☐ **di essere stato** ☐ **di non essere stato** precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta (in caso *di essere stato* specificare come di seguito indicato):

Dal  al  presso Azienda  Regione

Dal  al  presso Azienda  Regione

Dal  al  presso Azienda  Regione

Dal  al  presso Azienda  Regione

*(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)*

g) ☐ di essere ☐ di non essere titolare di altra attività convenzionata (in caso di risposta affermativa specificare)

;

h) ☐ di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 17 A.C.N.

Pediatria vigente);

i) ☐ di avere o ☐ di non avere condanne definitive per delitti di qualunque natura, né procedimenti penali a carico;

**> Da compilare solo se l'indirizzo è diverso da quello della residenza:**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo: Via  n.  Città

Prov  CAP  e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

**Con la presente si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.**

Allega alla presente fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità. (art.38 comma 3 del DPR 445/00)

Data,.....

Firma .....