

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI RIMASTI
VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2024**

**pubblicati nel S.O. al B.U.R. Umbria n. 16 del 09/04/2024
(ai sensi dell'art. 32, comma 12 lettera a) e lettera b)
dell' A.C.N.- PLS del 28/04/2022)**

TAG: SISAC2024

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO da €16,00 -----
--

All' Ufficio Centrale Regionale

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

recapiti telefonici _____ / _____

e-mail _____

PEC (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell' art. 32, comma 12 dell'A.C.N.- PLS 28/04/2022, lettera a) e lettera b) in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- inserito in graduatoria di Pediatria di Libera Scelta di altra Regione o Provincia Autonoma, valevole per l'anno 2024;**
- in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i.**

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta anno 2024, pubblicati nel S.O. al Bollettino Ufficiale della Regione Umbria – serie Avvisi e Concorsi n. 16 del 09/04/2024, rimasti vacanti a conclusione delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell' art. 32 ACN PLS 28/04/2022 e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare con una X la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1	
DISTRETTO	AMBITO
Alto Tevere	Comune di San Giustino

AZIENDA USL UMBRIA 2	
DISTRETTO	AMBITO
Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto
Spoleto	ambulatorio principale in ambito distrettuale

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000

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;
- di AVER CONSEGUITO il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ il _____ con voto ____/_____
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria _____ (indicare la disciplina) ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____;
- di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA della REGIONE / PROVINCIA AUTONOMA _____ valevole per l'anno 2024 con punti _____ (compilare da parte dei soli candidati inseriti in graduatoria di altra Regione in corso di validità);

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà secondo le modalità indicate nell'avviso.

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa (modulo PLS2)
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione (modulo PLS3)