



Domanda per la formazione delle graduatorie di MEDICI PEDIATRI disponibili per incarichi a TEMPO DETERMINATO nel settore della PEDIATRIA di LIBERA SCELTA – ANNO 2019

(Avviso pubblicato il 19 marzo 2019 sul BUR della Regione Emilia Romagna n. 77 – parte terza 6)

Marca da bollo €
16,00

Raccomandata A.R.

**Azienda USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Via Amendola 2
40026 IMOLA**

__ I __ sottoscritt _____

nat__ a _____ il ____/____/____ residente a _____

prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Domiciliato a _____ Prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

tel. _____ cellulare _____

P.E.C. - email (indicare in modo chiaro e corretto, provvedendo a rendere il massimo leggibili i caratteri minuscoli e maiuscoli, punti, tratti di separazione, chiocciola, ecc.)

P.E.C.:

N.B.: L'INTERPELLO PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI SARA' EFFETTUATO ESCLUSIVAMENTE TRAMITE POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (P.E.C.)

Email: _____

CHIEDE

di essere inserit__ nella graduatoria dei MEDICI PEDIATRI disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di codesta Azienda USL

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

di **ESSERE** in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____;

di **ESSERE** iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;

di **ESSERE** in possesso della **SPECIALIZZAZIONE o LIBERA DOCENZA** in:

* (vedere di seguito elenco) _____

Conseguita il ____/____/____ con voto _____ presso _____

* 1) *pediatria*; 2) *clinica pediatrica*; 3) *pediatria e puericoltura*; 4) *patologia clinica pediatrica*; 5) *patologia neonatale*; 6) *puericoltura*; 7) *pediatria preventiva e sociale*

DICHIARA INOLTRE

di **ESSERE** inserit ____ nella graduatoria dei medici PEDIATRI di LIBERA SCELTA della REGIONE EMILIA ROMAGNA **valida per l'anno 2019** nella seguente posizione: _____

di **NON ESSERE** inserit ____ nella graduatoria dei medici PEDIATRI di LIBERA SCELTA della Regione Emilia-Romagna valida per l'anno 2019

data _____ firma _____ (*)

(*) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione esibendo un documento di riconoscimento in regime di validità. **Se la domanda è presentata tramite il servizio postale dovrà essere corredata, A PENA DI NULLITA', della fotocopia di un documento di riconoscimento in regime di validità.**

N.B. La presente domanda deve essere INTEGRALMENTE COMPILATA, IN TUTTE LE PARTI PREVISTE, A PENA DI ESCLUSIONE DALLE GRADUATORIE.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e del regolamento europeo 2016/679 La informiamo che i Suoi dati personali verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono stati acquisiti.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale, se inviata tramite il servizio postale, o il timbro apposto dall'Ufficio protocollo se consegnata a mano.

L'Amministrazione non si assume responsabilità in caso di mancato recapito dovuto a:

- errata indicazione del recapito da parte del richiedente;
- mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo di posta elettronica;

Termine di scadenza per la presentazione delle domande: 18 aprile 2019.