

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo da €
16,00, da annullare con
data e firma

ASL RIETI
U.O.C.AMM.NE PERSONALE DIPENDENTE A CONVENZIONE E
COLLABORAZIONI
VIA DEL TERMINILLO, 42
02100 - R I E T I
Pec: medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione della
Graduatoria Aziendale di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi
a tempo determinato e/o sostituzione di Pediatria di Libera Scelta, valevole per tutta
la vigenza della Graduatoria Regionale di settore anno 2021.**

Il/la sottoscritto/a (COGNOME) * _____

(NOME) * _____ nato/a il _____

a _____ provincia di _____

CODICE FISCALE * _____ residente in _____

via _____ rec. Tel. _____

recapito cell. _____ e – mail _____

INDIRIZZO PEC * _____

chiede di partecipare all'avviso in oggetto, pubblicato in data _____

con scadenza _____

(*) CAMPI OBBLIGATORI

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i., dichiara:

1) di essere:

- a) medico inserito nella Graduatoria Reg. di Pediatria anno 2021 in posizione..... con
punti
- b) medico non inserito nella graduatoria Regionale specializzato in Pediatria in data
.....con votazione.....

2) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN per la Pediatri di Libera Scelta 15.12.2005 e s.m.i.

3) di individuare quale domicilio presso il quale dovrà, ad ogni effetto, essere inviata ogni eventuale comunicazione relativa al presente avviso:

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Località _____ Rec. Telef. _____;

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. il trattamento dei dati personali.

DATA _____

IL/LA RICHIEDENTE

(firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento d'identità.

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA
PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale(art.75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445

Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 N.445 quanto segue:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ PROV _____ CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina convenzionata:

Numero identificativo della marca da bollo _____ del _____

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

Firma autografa leggibile
