

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 2022.**

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 2022 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

\_\_\_\_\_