|  |
| --- |
| **Al Direttore Generale**  **BOLLO € 16,00****ASST Valle Olona****Trasmissione via PEC****PEC:****protocollo@pec.asst-valleolona.it** |

**Oggetto: Domanda per l’inserimento nella graduatoria aziendale anno 2025 di Medici specialisti in Pediatria disponibili all’attribuzione di incarichi provvisori e/o sostituzioni di pediatra di libera scelta per l’anno 2025.**

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito/a nella graduatoria di ASST Valle Olona dei Pediatri disponibili per l’attribuzione di incarico provvisorio e/o di sostituzione di Pediatra di libera scelta per l’anno 2025.

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

 **DICHIARA DI RIENTRARE NELLA SEGUENTE TIPOLOGIA** (barrare l’opzione scelta)

1. Pediatri iscritti in graduatoria regionale anno 2025, secondo l’ordine di punteggio;
2. Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
3. Pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

 **DICHIARO INOLTRE QUANTO SEGUE**

º di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_\_\_/110 e

Lode si \_ no \_

º di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

º di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

º di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita in data\_\_\_\_ con votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lode sì\_no\_;

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega: **fotocopia fronte/retro del documento di identità valido**

ai sensi del Regolamento (UE) 2013/679 del 27 aprile 2016 autorizzo ASST a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell’espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento incarichi provvisori per la pediatria, nonché per i connessi obblighi di legge.

N.B.: Fermo restando quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 qualora dal controllo di cui all’art. 71 del medesimo Decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.