

MARCA  
DA BOLLO  
€ 16

Spett.le ASL AL  
S.S. CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE  
**aslal@pec.aslal.it**

**OGGETTO: Partecipazione all' avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale di Pediatri di Libera Scelta disponibili al conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione valida per l'anno 2026**

Il/La sottoscritto/a Dott./ ssa.....  
nato/a a.....Prov..... il .....  
Codice Fiscale ..... Residente a .....  
Via.....n..... CAP .....  
Domicilio.....  
Tel.....E-mail.....  
PEC.....

(per ogni comunicazione relativa al presente avviso)

**VISTO L'AVVISO PUBBLICO, DI CUI ALL'OGGETTO, CHIEDE L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI O DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di.....in data.....con valutazione finale di.....;
2. di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di.....dal ..... e di comunicare nell'immediatezza ogni variazione/cessazione/sospensione;
3. di essere/non essere (1) in possesso del titolo di specializzazione in Pediatria o titolo equipollente ottenuto in data.....presso l'Università di.....;
4. di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno 2026 con punti.....;
5. di essere/non essere (1) iscritto al corso di Specializzazione in Pediatria di cui al D.L. n. 257/1991 e corrispondenti norme di cui al D.L. n. 368/1999:  
annualità: ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ 4° ☐ 5°  
soggetto pubblico che lo svolge.....  
con inizio dal .....

6. di essere/non essere (1) titolare di incarico nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta ai sensi del relativo A.C.N. 04/04/2024, con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di .....presso l'Azienda.....;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico Pediatra di libera scelta ai sensi del relativo A.C.N., con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di..... presso l'Azienda.....;
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico nella Medicina dei Servizi a tempo indeterminato/determinato presso l'ASL..... per n. ore settimanali .....

Note .....

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Mi impegno a comunicare tramite PEC all'ASL, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autentica qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Sono consapevole che all'atto dell'assunzione non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità di cui all'art. 20 ACN 25/07/2024;

si allega alla presente domanda:

**Copia fotostatica di valido documento di identità;**

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASL AL ed Enti o Aziende collegate per finalità inerenti al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente domanda, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato.

I dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679.

(1) Cancellare la parte che non interessa

Luogo e data .....

FIRMA

.....