

Spett.le ASL AL – S.S. CUN
PEC **aslal@pec.aslal.it**

OGGETTO: Disponibilità all'accettazione incarico provvisorio di Pediatra di Libera Scelta per l'ambito territoriale di ALESSANDRIA, con decorrenza inderogabile al 01/03/2026

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____

Fornisce disponibilità ad accettare l'incarico in oggetto e, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- ☐ Di essersi laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'università _____ in data _____ con votazione _____
- ☐ Di aver conseguito la specializzazione in Pediatria presso l'università _____ in data _____ con votazione _____
- ☐ Di essere iscritto nella graduatoria regionale 2026 con punteggio _____
- ☐ Di non essere iscritto nella graduatoria regionale 2026
- ☐ Di frequentare la scuola di specializzazione in Pediatria o equipollente _____ annualità _____
- ☐ Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 20 del vigente ACN

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Email _____

Data _____

firma _____

ALLEGATI: Fotocopia documento d'identità