

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo di € 16,00,
ai sensi dell'art. 19 comma 7
ACN/2024, da annullare
con data e firma

AZIENDA ASL ROMA 3
UOC RISORSE UMANE

personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

OGGETTO: domanda di inserimento alla Graduatoria Aziendale di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o per l'affidamento di sostituzione nell'attività di Pediatria di Libera Scelta, valevole per l'anno 2025

Il/la sottoscritto/a Dr. (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____ cap _____

tel _____ cell. _____

pec _____ e mail _____

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione per l'attività di Pediatria di Libera Scelta, valevole per l'anno 2025

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

✓ di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____ in data _____ con voto ____/____ e abilitato all'esercizio professionale il _____ a _____ specializzato in Pediatria in data _____ con voto ____/____

✓ di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n. _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico

di essere inserito/a nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta valida per l'anno 2025, pubblicata sul BURL n. 90 del 07.11.2024, alla posizione n. _____ (**punto A** dell'avviso pubblico)

di aver acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (**punto B** dell'avviso pubblico).

di aver acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti, diversi dalla lett. b) (**punto C** dell'avviso pubblico).

(Barrare la categoria di appartenenza)

Lo/la scrivente si impegna a comunicare alla ASL Roma 3, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione.

La domanda incompleta non sarà presa in considerazione ai fini dell'inclusione della Graduatoria Aziendale di Disponibilità

Il sottoscritto dichiara di dare il proprio consenso all'utilizzo, anche in futuro, dei dati personali comunicati e alla loro trasmissione agli enti istituzionalmente preposti, ai sensi di quanto disposto dal D. Lgs.196/2003 e dall'informativa sulla privacy ex art. 13 regolamento UE GDPR 679/2016.

Data _____

FIRMA
