

RACCOMANDATA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER TRASFERIMENTO

Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso la REGIONE VENETO

[ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, es. con Intesa Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i. art. 33, co. 2 lett. a)]

MARCA
DA
BOLLO

Al Direttore Generale
Azienda U.L.S.S. n. _____

(riportare l'indirizzo indicato nel Decreto)

Il sottoscritto Dott. _____,
nato a _____ prov. _____ il _____,
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ cap _____, tel. _____ Cod. fiscale _____,
titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 2, lett. a), dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti pediatriche, pubblicate nel B.U.R. della Regione del Veneto n. _____ del _____:

- Distretto/Ambito/Comune/i _____;
- Distretto/Ambito/Comune/i _____;
- Distretto/Ambito/Comune/i _____.

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445, per comprovare l'anzianità complessiva di incarico di pediatria di libera scelta

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) di essere in possesso del seguente titolo di servizio:

- () titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta ed iscritto nell'elenco dei medici pediatri dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. _____ di _____ per l'ambito territoriale (Distretto) di _____ Comune _____ della REGIONE VENETO, dal (g/m/a) _____ e con anzianità complessiva pari a mesi _____ (1).

Dichiara: di non aver presentato domanda in altre Aziende UU.LL.SS.SS.

di aver presentato domanda nelle seguenti Aziende UU.LL.SS.SS.: _____.

Conferma che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

La presentazione dell'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i.) è rinviato al momento dell'eventuale conferimento di incarico.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo (se diverso dalla residenza):

_____.

Data _____

firma per esteso (2) _____

(1) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, il pediatra può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, del certificato di servizio di cui sia in possesso

(2) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia accompagnata da copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.