

Marca da bollo Vigente € 16,00 (OBBLIGATORIO L'ANNULLAMENTO)	ALL' AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI VITERBO POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE SETTORE MEDICINA CONVENZIONATA Via Enrico Fermi, 15 01100 Viterbo
--	---

PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E/O DI SOSTITUZIONE PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2025

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nat_ a _____

il _____ C.F. _____ residente a

_____ prov. _____ Via _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ cell. _____

PEC(obbligatoria) _____ email _____

CHIEDE

di essere inserit_ nella graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta anno 2025

A TAL FINE 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 anno 2025, pubblicata sul BUR Lazio n. 90 del 07 novembre 2024 nella posizione n. _____ con punti _____ (punto A dell'Avviso pubblicato)

☐ di non essere inserito/a nella graduatoria unica regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta anno 2025, ma in possesso dei requisiti previsti (punto B dell'Avviso pubblicato)

☐ pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b) (punto C dell'Avviso pubblicato)

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

data _____ Firma _____