

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 PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2024

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 provvisori e/o di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta anno 2024

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 2024, pubblicata sul BUR Lazio n. 96 del 30 novembre 2023 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 2024, ma in possesso dei requisiti previsti (punto B 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 _____