

AL DIRETTORE GENERALE
A.S.L. V.C.O.
Via Mazzini 117
28887 OMEGNA VB

il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, con riferimento all'Avviso Pubblico di cui alla determinazione ASL VCO n. 1705 del 19.12.2024 rivolge domanda di ammissione ai fini dell'inserimento nella relativa graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato, o all'affidamento di sostituzioni, per:

attività di medico pediatra di libera scelta

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445: (nei casi negativi barrare azzerando nello spazio dedicato per la risposta)

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di essere residente a _____ in via _____ n. _____;
- 3) di essere iscritto/a nella graduatoria regionale definitiva medici pediatri di libera scelta valida per l'anno 2025 alla posizione n. _____ con punti _____;
- 4) di aver conseguito in data _____ la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ riportando il seguente voto _____;
- 5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo il _____;
- 6) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n. _____;
- 7) di aver conseguito, in data _____ l'attestato di specializzazione in pediatria riportando il seguente voto _____;
- 8) di essere/non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente o convenzionato con _____ dal _____;

9) di prestare servizio presso:

_____;

10) di essere titolare di incarico di _____;

11) di non trovarsi nella posizione di incompatibilità di cui all'art. 20 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta;

12) di indicare come recapito telefonico il n. _____ e di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo:

Comune _____ via/piazza _____
n. _____ email _____ PEC _____

Distinti saluti.

_____, li _____

Firma _____