

Marca da bollo  
Euro 16,00

Allegato A

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA  
(per trasferimento)

Azienda USL di Bologna  
Dipartimento Cure Primarie  
Settore Convenzioni Nazionali  
Via S. Isaia, 94/A  
**40123 BOLOGNA**

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....  
residente a.....prov.....Via.....n.....  
CAP.....tel.....cell.....  
e-mail: .....

titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett.a) dell'ACN per la pediatria di libera scelta per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 96 del 17 aprile 2018, come di seguito indicato:

*(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)*

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 445/00:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....con voto.....presso l'Università degli Studi di.....;
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
4. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione..... dal.....(\*)  
(*detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico;*
5. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta: (\*)  
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....  
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....  
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....  
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....  
(*detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico*)
6. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, (*in caso affermativo specificare il tipo di attività.....*).

*L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell'eventuale accettazione di incarico.*

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MERCOLEDÌ 11 LUGLIO 2018 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A. Moro, 21 – BOLOGNA (procedura per trasferimento: ore 9,30 e procedura per graduatoria: ore 10,30) secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma (\*\*)

.....

.....

(\*) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del/i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;

(\*\*) La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).



**Marca da bollo  
Euro 16,00**

**Allegato B**

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA  
(per graduatoria)**

Azienda USL di Bologna  
Dipartimento Cure Primarie  
Settore Convenzioni Nazionali  
Via S. Isaia, 94/A  
**40123 BOLOGNA**

Il sottoscritto Dr..... nato a..... il.....  
residente a..... prov..... Via..... n.....  
CAP..... tel..... cell.....  
e-mail: .....

inserito nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2018 (pubblicata nel BUR n. 325 - parte terza – del 6 dicembre 2017)

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett.b) dell'ACN per la pediatria di libera scelta per l'assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 96 del 17 aprile 2018, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)***

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....con voto.....
3. essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
4. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2018 con punti..... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2017) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
5. di essere residente nel Comune di.....dal.....(giorno/mese/anno) a tutt'oggi (\*);
  - precedenti residenze:
  - dal.....al.....Comune di.....prov.....
  - dal.....al.....Comune di.....prov.....
  - dal.....al.....Comune di.....prov.....

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, anche se iscritto nella vigente graduatoria regionale

*L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell'eventuale accettazione di incarico.*

- **di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MERCOLEDI' 11 LUGLIO 2018 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A.Moro, 21 – BOLOGNA (procedura per trasferimento: ore 9,30 e procedura per graduatoria: ore 10,30) secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.01.2015, di cui al precedente punto 5, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (10 punti per la residenza in ambito regionale e 6 punti per la residenza nell'ambito territoriale dichiarato carente) previsti dall'art.33, comma 3, lettere b) e c) dell'ACN per la pediatria di libera scelta;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma (\*\*)

.....

.....

(\*) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2015. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.33, comma 3, lettere b) e c) dell'ACN per la pediatria di libera scelta.

(\*\*) La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).