

AVVISO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI ADESIONE PER PARTECIPARE AL PROGETTO MULTIETNICO FROSINONE- PONTECORVO PER LA COPERTURA DELL'ASSISTENZA DI PEDIATRIA

E' indetto avviso per la presentazione delle domande di adesione per partecipare al progetto Multietnico Frosinone – Pontecorvo previsto dall'accordo Aziendale recepito con atto deliberativo n°1793 del 31.10.2017.

I turni previsti saranno attribuiti tra coloro che hanno manifestato la loro disponibilità nel rispetto delle vigenti norme di incompatibilità previste dal vigente ACN.

Possono presentare la domanda di adesione al progetto Multietnico Frosinone- Pontecorvo.

- i medici convenzionati a tempo indeterminato di Pediatria di libera scelta.
- i medici specializzati in Pediatria.

I medici interessati dovranno presentare la domanda di adesione redatta sul modulo predisposto dalla ASL , scaricabile sul sito www.asl.fr.it-guardia medica e la stessa dovrà essere consegnata a mano al protocollo aziendale , via A.Fabi snc Frosinone nel rispetto dell'orario vigente , o tramite pec al seguente indirizzo: **protocollo@pec.aslfrosinone.it**

ENTRO IL *24 NOVEMBRE 2017*

Per quanto non espressamente previsto nel presente avviso si rinvia alla normativa del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di pediatria di scelta e ai relativi accordi integrativi regionali

Frosinone, *9 novembre 2017*

IL Commissario Straordinario
Dott. Luigi Macchitella

protocollo@pec.aslfrosinone.it

OGGETTO: Domanda di adesione al Progetto Multietnico ASL Fr in qualità di Pediatra

___ I ___ sottoscritt ___ Dott.....

Nat ___ a.....(prov.....) il.....M_ F__

Codice Fiscale:																					
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzo Vian..... .. Cap.....

Recapiti telefonici

Indirizzo e-mail

Indirizzo PEC

Laurea in Med.e Chirurgia Università in data

Ordine dei Medici di n° Codice ENPAM

Documento Identità Patente N° data scadenza
(fotocopia documento allegata datata e firmata)

Medico convenzionato a tempo indeterminato per la Pediatria di Libera Scelta Cod.Reg.

Medico specializzato in Pediatria data della specializzazione

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SI **NO** Lo scrivente chiede che venga applicato il Regime Fiscale Forfettario o dei Minimi in quanto in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000,

CHIEDE

in riscontro all'Avviso della ASL di Frosinone, di aderire al Progetto Multietnico nei presidi di Frosinone e Pontecorvo, approvato con deliberazione n° 1793 del 31/10/2017; qualora venisse inserito nei turni secondo le modalità stabilite nel progetto e le necessità evidenziate dal coordinatore del progetto stesso, lo scrivente esprime la propria preferenza rispetto alle giornate ed orari:

Giornata	antimeridiano	pomeridiano

Data..... Firma per esteso

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data..... Firma per esteso