

**AVVISO**

PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' ANNO 2020
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE PER I MEDICI
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.

In attuazione della deliberazione n.° 94 del 23/01/2020 ai sensi dell'art 2 dell'ACN del 28.marzo.2018 per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta, viene indetto il presente Avviso per la formazione della Graduatoria Aziendale di disponibilità per incarichi provvisori e/o di sostituzione per i Medici Pediatri di Libera Scelta, che avrà validità fino alla Graduatoria Regionale definitiva dell'anno 2021.

L'elenco aziendale dei medici disponibili per incarichi provvisori e di sostituzione, sarà redatto ai sensi dell'art.2 comma 7 del succitato A.C.N., secondo i criteri di seguito riportati:

- A) Medici inseriti nella Graduatoria Regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta per l'anno 2020, secondo l'ordine del punteggio;
- B) I Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età;

I medici pediatri interessati dovranno presentare la domanda di adesione, entro il 30°giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso, **in bollo**, redatta utilizzando esclusivamente lo schema allegato al presente avviso sul sito dell'Azienda, completa in ogni sua parte, pena l'esclusione, mediante una delle seguenti modalità:

- 1) Presso il protocollo aziendale, via A. Fabi snc Frosinone, nel rispetto dell'orario vigente.
- 2) Tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo: protocollo@pec.aslfrosinone.it

Entro il 26 FEBBRAIO 2020

L'Amministrazione declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante.

Questa ASL non è responsabile della mancata ricezione di comunicazione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato o illeggibile o all'assenza di indirizzo PEC.

Tutte le comunicazioni inerenti il presente procedimento saranno effettuate esclusivamente tramite PEC (Art.16, comma 7, legge n°2 del 28.01.2009).

IL DIRETTORE GENERALE

F.TO DOTT. STEFANO LORUSSO

PLS/A-1/1

Marca da bollo
Vigente
€16,00=
(OBBLIGATORIO
L'ANNULLAMENTO)

ALL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI FROSINONE
UOSD CC.UU.NN SPECIALISTICA
Via Armando Fabi, suc
03100 FROSINONE

PEC: protocollo@pec.aslfrosinone.it

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO INCARICHI PROVVISORI E/O DI
SOSTITUZIONE PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2020

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nat. a _____
il _____ C.F. _____ residente a _____
_____ prov. _____ Via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ cell. _____
PEC (obbligatoria) _____ email _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e/o
di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta anno 2020

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
2020, pubblicata sul BUR Lazio n. 103 del 24.12.2019 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
2020, ma in possesso dei requisiti previsti (punto B dell'Avviso pubblicato).

**La presente dichiarazione di disponibilità dovrà essere datata, sottoscritta e corredata da copia di un valido
documento di riconoscimento, datato e firmato, pena la esclusione.**

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

data _____

Firma _____

PLS/A 1105
1/1