|  |  |
| --- | --- |
| **MARCA DA BOLLO**  **VIGENTE € 16,00**  **OBBLIGATORIO**  **L’ANNULLAMENTO** | ALL’AZIENDA UNITA’ SANITARIA LOCALE FROSINONE  UOS SUPPORTO AMM.VO T. GIURIDICO ECONOMICO  MED. CONVENZIONATA E SPECIALISTICA  VIA ARMANDO FABI, SNC  03100 FROSINONE |

**PEC: protocollo@pec.aslfrosinone.it**

Oggetto: **DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA’ PER CONFERIMENTO INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2022**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e.mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere attualmente iscritto all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico.

**CHIEDE**

di essere inserit\_ nella graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta.

A TALE FINE DICHIARA

di essere inserit\_ nella graduatoria unica regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta anno 2022 pubblicata sul BUR Lazio nella posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di non essere iscritto nella graduatoria regionale di Pediatria di Libera Scelta ma di essere in possesso della specializzazione in Pediatria, conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere iscritto al corso di specializzazione in Pediatria presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno di corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.: Allegare copia del documento di riconoscimento avente corso di validità.**

RD