

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 PROVVISORI E
SOSTITUZIONI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2023**

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 2023, pubblicata sul BUR Lazio il 17.11.2022, 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 _____ presso _____;

Data _____ Firma _____

Dichiaro di essere informato ai sensi della vigente normativa sulla privacy che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ Firma _____

N.B.: Allegare copia di documento di riconoscimento avente corso di validità, datato e firmato, e firmare in modo leggibile.