

Marca da Bollo € 16.00

Al Direttore Generale A.S.P. di Enna

Il/la sottoscritt\_ Dr./ssa \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ laureato/a in Medicina e Chirurgia

presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_ ed

abilitato/a nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine Professionale dei

Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**chiede**

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta di codesta ASP da utilizzare per l'anno 2021.

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta, valida per il 2021, in posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare) \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

Dichiara, altresì, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero(\*).

Data \_\_\_\_\_

Firma

(\*\*) \_\_\_\_\_

(\*) Dichiarazione resa ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 del DPR 445/2000).

(\*\*) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.