

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 provvisori o all'affidamento di sostituzioni di Pediatria di Libera Scelta di codesta ASP da utilizzare per l'anno 2025.

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta, valida per il 2025, 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.