Alla ASP di Crotona
Distretto Sanitario Unico Aziendale
Settore Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta
88900 Crotona (KR)
PEC dipartimentodistrettuale@pec.asp.crotona.it

OGGETTO: **PLS INCARICO PROVVISORIO**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICO DI SOSTITUZIONE DI
MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**
(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____, il _____, laureato/a in Medicina e
Chirurgia il _____, con la votazione di _____, specializzato in
_____ il _____; abilitato/a in data _____, iscritto/a
all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____ dal
_____, codice fiscale _____, cod.
regionale (eventuale) _____, residente a
_____ via/piazza
_____ n. _____ C.A.P. _____,
domiciliato/a a _____ via/piazza
_____ n. _____ C.A.P. _____, tel.
_____, cell. _____, e-mail
_____, pec _____,

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale di disponibilità per l'incarico provvisorio risultante dall'Avviso pubblico del _____

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

(barrare e compilare la/e voce/i che interessano)

△ di essere inserito/a nella graduatoria regionale per l'anno 2023 alla posizione n.
_____ con il punteggio di _____;

△ di aver acquisito la specializzazione in pediatria il _____ con votazione _____;

△ di essere iscritto/a al _____ anno (indicare 1° o 2° etc.) del corso di specializzazione in _____ dal _____ presso _____;

△ di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):

△ di essere titolare di borsa di studio in _____ dal _____ presso _____;

△ di essere assegnatario/a di Dottorato di ricerca retribuito ____ (sì/no) presso _____ dal _____;

△ altro _____.

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

_____ indirizzo posta elettronica _____

tel. _____ cell. _____ pec _____

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito www.asp.crotone.it unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;
- che il termine di scadenza dell'avviso è tassativo e che farà fede, per le domande, la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC; che l'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili ai servizi telematici;
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

Luogo e data

Firma leggibile (*)

(*) ATTENZIONE: La domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato/a ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.