

Allegato A

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA
DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 32, COMMA 12 DELL'ACN 28.04.2022**

ANNO 2024

RACCOMANDATA A/R



Azienda USL di Bologna
Dipartimento Cure Primarie
Settore Convenzioni Nazionali
Via S. Isaia, 94/A
40123 Bologna

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(Cognome e Nome)

nato/a a _____ prov. _____ Il _____

residentea _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

email _____

PEC (intestata al medico che presenta la domanda) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell'art. 32, comma 12 dell'A.C.N. per la Pediatria di libera scelta 28.04.2022, per l'assegnazione di ambiti territoriali carenti in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- ☐ **inserito in graduatoria di altra Regione valida per l'anno 2024**
- ☐ **in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i.**

per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti di pediatria di libera scelta, pubblicate nel BUR della Regione Emilia-Romagna n. 98 del 29 marzo 2024 e rimaste carenti a seguito delle procedure di assegnazione svolte, come da elenco presente nel sito della Regione Emilia-Romagna a seguito di specifica comunicazione alla SISAC (32, comma 12 dell'A.C.N. per la Pediatria di libera scelta 28.04.2022):

AUSL di PIACENZA n. 5001

AUSL di REGGIO EMILIA n. 1001

AUSL di MODENA n. 1501

AUSL di MODENA n. 1801

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i. (dichiarazione sostitutiva di certificazione), consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i..

DICHIARA

[BARRARE LE CASELLE INTERESSATE]

- ☐ di ESSERE RESIDENTE nel Comune di _____ prov. _____ dal ____/____/____
- ☐ di NON ESSERE ATTUALMENTE CONVENZIONATO a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

Da compilare **SOLO** da parte di coloro sono inseriti in graduatoria di **ALTRA** Regione valida per l'anno 2024

DICHIARA, inoltre:

di essere inserito nella graduatoria della Regione _____ con punti _____

- ☐ di AVER CONSEGUITO il diploma di LAUREA in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il ____/____/____ con voto ____/____ (specificare se il voto di laurea è espresso in 100 o 110)
- ☐ di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici di _____ dal ____/____/____
- ☐ di ESSERE IN POSSESSO del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i., conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____

[da compilare dai candidati che presentano la domanda in quanto in possesso del solo

diploma di specializzazione];

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che:

- **la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta avverrà il giorno 17 ottobre 2024 alle ore 10,00 presso la Regione Emilia-Romagna, viale Aldo Moro, 21 – BOLOGNA - Sala n.105/b (1° piano)**
- **contestualmente alla pubblicazione della graduatoria nel sito dell'AUSL di Bologna, verranno pubblicate le modalità di scaglionamento orario di convocazione**
- **nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.**

Indicare eventuale recapito diverso dalla residenza per ogni comunicazione da parte dell'ufficio:

Data _____

Firma per esteso

*In luogo dell'autenticazione della firma, allegare
fotocopia semplice di un documento di identità.*

Per i soli candidati che invieranno la domanda via pec (posta elettronica certificata)

MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (<u>Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445</u>)
trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del dpr 28.12.2000 n. 445 quanto segue:

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo
(€16,00),
da annullare con data e firma

Cognome	Nome
Nato a	Prov. il
Residente in	Prov. CAP
Via/piazza	n.
<input style="margin-right: 10px;" type="checkbox"/> DICHIARA di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per le istanze di partecipazione all'assegnazione di incarichi vacanti presso Aziende USL con la marca da bollo numero identificativo del (1) (1) NB: Numero identificativo della marca da bollo	
di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.	

Luogo e data

Firma autografa leggibile

AVVERTENZE:

- 1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2) deve essere

debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione di incarichi vacanti presso Aziende USL.

- 2) La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.