

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 2023**

**RACCOMANDATA A/R**

Applicare qui la  
**MARCA DA BOLLO**  
(€ 16,00) secondo le vigenti  
disposizioni in materia

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]



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 **15 settembre 2023** alle ore 10,00 presso la Regione Emilia-Romagna, viale Aldo Moro, 21 – BOLOGNA - Sala 105/B (primo 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.*

**Allegato B**

**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 (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

**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.

**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.