

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 2020.

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta, valida per il 2020, 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 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.