

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 2024.

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta, valida per il 2024, 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.

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.