

AZIENDA USL UMBRIA 1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI
MEDICI ASPIRANTI AL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI O
ALL’AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI NELL’AMBITO DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA,
VALIDA PER L’ANNO 2025**

Oggetto PEC : **DOMANDA GRADUATORIA AZIENDALE PLS 2025.**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

All’Azienda USL UMBRIA 1

PEC: aslumbria1@postacert.umbria.it

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ nato/a _____ Prov.(____)
il ____/____/____ Cod. Fiscale _____
Comune di residenza _____ Prov.(____)
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
Recapiti telefonici _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all’avviso pubblico per la formazione di una graduatoria Aziendale di medici aspiranti al conferimento di eventuali incarichi provvisori o all’affidamento di sostituzioni nell’ambito della Pediatria di Libera Scelta, valida per l’anno 2025.

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, sotto la propria responsabilità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

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

- di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____;
- di essere residente in _____ Via/Piazza _____ n. civico _____

- di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____/110;
(per i titoli conseguiti nei paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della Salute: _____)
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ___/___/___ a _____;
- di essere in possesso della Specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente alla Pediatria (specificare Specializzazione _____) conseguita il ___/___/___ votazione ___/___;
- di essere iscritto al _____ anno del corso di Specializzazione in _____ dal (gg.mm.aa) ___/___/___ presso l'Università di _____ ;
- di essere iscritto presso l'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal ___/___/___ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale dell'Umbria per la Pediatria di Libera Scelta anno 2025 alla posizione n. _____ con punti _____;
- altro _____;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 20 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta;
- di avere/non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di PLS di cui all'art. 23, commi 2 e 3 e all'art. 24 comma 11, lettere c) e d) ACN-PLS 25/07/2024 (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale) _____;

CHIEDE che ogni comunicazione venga indirizzata: <input type="checkbox"/> alla propria residenza <input type="checkbox"/> al domicilio:		
c/o _____	Comune _____	prov. (____)
indirizzo _____	n. _____	cap _____

Data _____

Firma _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega in unico file formato pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Informativa ai fini del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali, debitamente sottoscritta;
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.