

# AZIENDA USL UMBRIA1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO MEDIA VALLE DEL TEVERE CON DECORRENZA 1° GENNAIO 2025 E SINO ALL'ASSEGNAZIONE DELLA ZONA CARENTE AL MEDICO AVENTE DIRITTO E COMUNQUE NON OLTRE 12 MESI

Utilizzabile in subordine rispetto alla graduatoria attualmente vigente, resa esecutiva con Delibera D.G. n. 1541 del 21/12/2023

**All' Azienda U.S.L. Umbria 1**  
**Ufficio Gestione Giuridica**  
**ed Economica Personale**  
**Convenzionato - TODI**

PEC: [aslumbria1@postacert.umbria.it](mailto:aslumbria1@postacert.umbria.it)

Il/La sottoscritto/a Dr \_\_\_\_\_ 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 di manifestazione di interesse per il conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta nel Distretto Media Valle del Tevere con decorrenza 1° gennaio 2025 e sino all'assegnazione della zona carente al medico avente diritto e comunque non oltre 12 mesi.

**A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000**

## DICHIARA

- di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;  
(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/non essere inserito nella graduatoria regionale dell'Umbria per la **Pediatria di Libera Scelta anno 2024** – al n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

- ❑ di essere in possesso della Specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente alla Pediatria (specificare Specializzazione \_\_\_\_\_) conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ votazione \_\_\_/\_\_\_;
- ❑ di essere iscritto presso l'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- ❑ di avere/non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di PLS ai sensi degli artt. 24, comma 12 e 23, comma 3 del vigente 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:**  alla propria residenza  al domicilio:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_  
(non soggetta ad autenticazione)

**N.B.: Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità**