

**ASL TERAMO
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERR.LE
U.O.C. ATTIVITA' AMM.VE ASSISTENZA
TERRITORIALE E DISTRETTUALE
Ufficio Medicina Convenzionata
Circonvallazione Ragusa, 1
64100 TERAMO**

N. codice identificativo marca da bollo (14 cifre)

cast@pec.aslteramo.it

__I__ sottoscritt__ dott. __ _____
nat__ il _____ a _____
residente in _____ CAP _____
via _____ n. ____ tel. _____ cell. _____
C. Fiscale _____
indirizzo di posta elettronica (**leggibile**) _____ @ _____
indirizzo di posta P.E.C. (**leggibile**) _____ @ _____

D I C H I A R A:

la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori o di sostituzioni nelle attività previste dall'ACN per la Pediatria di Libera Scelta;

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA ALTRESI'

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____;
- di essere abilitat__ all'esercizio della professione medica dal _____;
- di essere iscritt__ all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere/non essere iscritt__ nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo valevole per l'anno 2022 con punti _____;
- di avere acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale in data _____;
- di essere incondizionatamente idone__ alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17, vigente A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta e s.m.i...;

Data _____

Firma _____

N.B. Allegare: 1) copia del documento di riconoscimento

2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo