

Al Direttore S.C. Distretto A.S.L. VC
Dr. Germano Giordano
pec: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

Domanda per l'inserimento nelle graduatorie aziendali di disponibilità per il conferimento di incarichi, provvisori e di sostituzione, nella medicina pediatrica di libera scelta presso l'ASL VC, per l'anno 2024.

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il
a.....cittadinanza.....residenteaCAP.....
(prov.) in vian° e domiciliato a
.....CAP.....(prov.) in vian° (indicare
solo se diverso dalla residenza) Codice Fiscale Telefono
cellulare.....e-mail.....
P.E.C.

Sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università dicon voto..... in data
- Di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico Chirurgo in data
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di dal numero iscrizione
- Di essere in possesso della specializzazione in Pediatria conseguita presso l'Università divotoin data.....
- Di essere /non essere iscritto nella Graduatoria della Regione Piemonte per l'anno 2024 con il punteggio.....
- Di essere iscritto al corso di Specializzazione inpresso
- Di avere / non avere procedimenti disciplinari o penali in corso;
- Di essere in possesso della patente di guida "B" (requisito).

Ulteriori informazioni.....

RICHIEDE:

di essere inserito nelle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi, provvisori o di sostituzione, nella medicina pediatrica di libera scelta, anno 2024;

Si impegna a comunicare tramite PEC, all'ASL VC entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle informazioni fornite.

E' consapevole che all'atto dell'assegnazione dell'incarico non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N.

Allega alla presente fotocopia di un documento di identità valido (entrambe le facciate) e fotocopia della patente di guida.

Data

Firma

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO
ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 642/1972
DICHIARAZIONE
ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e D.M. 10/11/2011

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. _____
nata/o il _____ a _____ (Prov. ____)M • F •
Codice Fiscale _____

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo la seguente modalità:

imposta di bollo assolta in modo virtuale, tramite apposizione e annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuto presso il mittente a disposizione degli organi di controllo; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16 applicata ha IDENTIFICATIVO

.....emessa il
___/___/___

DICHIARA, INFINE,

che la marca da bollo sopra indicata è utilizzata esclusivamente per la presentazione della domanda in argomento (_____)

di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ Firma per esteso _____