



Marca da bollo

Al Direttore Generale  
della A.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti  
c/o U.O.C. Governo Assistenza San. Di Base e Spec.  
Via dei Vestini snc (Palazzina N)  
66100 CHIETI

Con riferimento alla Deliberazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di Codesta ASL, il/la sottoscritto/a  
Dr. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

P.E.C. (leggibile, in stampatello) \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A:**

la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nella **Pediatria di Libera Scelta**

trovandosi nelle condizioni previste dall'Avviso Pubblico di cui alla **Deliberazione sopra menzionata** al punto:

A.     B.    **(barrare il numero che interessa)**

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

**D I C H I A R A   A L T R E S I'**

- di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ );
- di essere residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito la Specializzazione in Pediatria in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica dal \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale di PLS della Regione \_\_\_\_\_ anno 2020 con punti \_\_\_\_\_;
- di aver acquisito la Specializzazione in Pediatria il \_\_\_\_\_;
- di essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17, vigente ACN di PLS e s.m.i.;

**N.B. Si allega copia di valido documento di riconoscimento (a pena di esclusione).**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_