CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Allegato "B"

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 _____ della ASL Lanciano Vasto Chieti

il/la sottoscritto/a Dr. _____ Tel. Cellulare _____

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**

essendo iscritto al ..... anno del Corso di Specializzazione di Pediatria nella regione Abruzzo.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n°445, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni 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 essere iscritto/a al ..... anno del corso di Specializzazione di Pediatria nella regione Abruzzo presso l'Università di _____;
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica dal _____ ;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal_____ ;
- di essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 20, vigente ACN di PLS.

Si allegano (a pena di esclusione) **copia di valido documento di riconoscimento, Informativa sul trattamento personale dei dati, Modulo attestante il pagamento della marca da bollo (debitamente annullata).**

Data _____ Firma _____