

Domanda di partecipazione per trasferimento/assegnazione carenza straordinaria/ordinaria dell'ASL  
di .....ambito territoriale  
PLS.....

.....L.....sottoscritt..... nat.....a.....  
il.....residente  
a.....Prov.....Via.....c.a.p.....  
tel.(fisso).....(cell.).....  
C.F.....presente nella graduatoria regionale degli aspiranti agli  
incarichi di Pediatria di Libera Scelta, pubblicata sul BURC n.....del....., al posto n. con punti.....

CHIEDE

di partecipare per trasferimento/assegnazione della carenza straordinaria/ordinaria per la Pediatria di Libera Scelta, presso  
l'ASL di....., Ambito territoriale PLS..... composto dal comune..... Pubblicata sul  
B.U.R.C.n.....del.....

Atto notorio sottoscritto ai sensi del D.P.R. 445/00 (previsto dall'art. 33, comma 14, dell'Accordo e riportato dall'allegato  
I dello stesso A.C.N.)

DICHIARA(1)

1. di essere già iscritto negli elenchi della pediatria di libera scelta della Regione Campania  
A.S.L..... distretto.....dal.....con codice regionale n.....(da  
valere per il trasferimento nell'ambito della Regione Campania).
2. di essere già iscritto negli elenchi della pediatria di libera scelta della  
Regione .....A.S.L..... distretto.....dal..... con  
codice regionale n..... (da valere per il trasferimento da altra Regione).
3. di essere inserito nella graduatoria unica regionale per la pediatria di libera scelta valida per l'anno 2016
4. di essere residente nella  
Regione.....dal.....al.....

5. di essere residente nell'ambito territoriale di.....dal.....al.....  
(allo scopo di usufruire dei punteggi previsti al 3° comma, art. 33 del l' A.C.N./2005-testo integrato con l'ACN  
29/07/2009.)

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità di natura penale cui va incontro chi rilascia e/o sottoscrive false  
dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 443/00), conferma la veridicità di tutto quanto riportato nella presente domanda. Il  
sottoscritto allega alla presente:

-Fotocopia del documento di riconoscimento -

Data.....

Firma.....

(1)cancellare la parte che non interessa

**Allegato I)**

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott. ....

nato a ..... il ..... residente in.....

Via/Piazza ..... n ..... iscritto all'Albo

dei ..... della Provincia di ..... ai sensi e agli effetti  
dell'art.4? del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**Dichiara formalmente di**

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):  
Soggetto ..... ore settimanali .....  
Via ..... Comune di ..... Tipo di rapporto di lavoro ..... Periodo:  
daL.....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte Periodo:  
dal .....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2) A.S. L ..... branca ..... ore sett. ....  
A.S.L..... branca ..... ore sett. ....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
Provincia ..... branca ..... Periodo:  
daL.....
5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione ..... o in altra Regione (2): Regione ..... A.S.L ..... ore sett. .... in forma attiva -in forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)  
Organismo ..... ore sett ..... Via.....  
Comune di ..... Tipo di attività ..... Tipo di rapporto di lavoro ..... Periodo: daL.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)  
Organismo ..... ore sett. ....  
Via ..... Comune di ..... Tipo di attività... : ..... Tipo di rapporto di lavoro ..... Periodo: daL.....

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: Azienda ..... ore sett. ....  
 Via ..... Comune di. .... . Periodo:  
 daL ..... svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione  
 funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)  
 A.S.L..... Comune di. .... . Periodo:  
 daL..... .
9. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale: Periodo:  
 daL..... .
10. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)
11. Periodo: dal. .... .
12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1 ,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6): Soggetto pubblico .....  
 Via ..... Comune di ..... . Tipo di  
 attività ..... . Tipo di rapporto di  
 lavoro: ..... Periodo:  
 dal. .... .
13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2) Periodo: dal.....
14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento .....  
 Periodo: dal.....

13. i

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(1) -cancellare la parte che non interessa