

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno

UOC Assistenza Primaria
assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

Domanda di assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di Libera Scelta
 ambito Pontecagnano Faiano - Montecorvino Pugliano del Distretto Sanitario 68 Giffoni Valle Piana
 con obbligo di studio nel Comune di Pontecagnano Faiano

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
 nato/a a _____ (prov. _____) il ____ / ____ / ____
 codice Fiscale _____
 e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
 al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
 a far data dal ____ / ____ / ____
 cellulare _____ telefono fisso _____
 - laureato/a in _____ il ____ / ____ / ____
 con voto _____ presso l'Università di _____
 - specializzato/a in _____ il ____ / ____ / ____
 con voto _____ presso l'Università di _____

(biffare un solo item dei seguenti due e compilare solo i relativi campi)

☐ Trasferimento

- ambito attuale di iscrizione _____
- data di iscrizione nell'ambito attuale ____ / ____ / ____
- data di prima iscrizione quale Medico Pediatra di Libera Scelta ____ / ____ / ____

☐ Primo incarico

- presente nella vigente graduatoria regionale degli aspiranti ad incarico in _____ posizione

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di Libera Scelta
 ambito Pontecagnano Faiano - Montecorvino Pugliano, con obbligo di studio nel Comune di Pontecagnano
 Faiano.

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____) il ____ / ____ / ____
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai
benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia
dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione e nell'Allegato B, anche
con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i..

Si allega:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – Allegato B;
- copia del seguente documento di riconoscimento _____
n° _____ rilasciata da _____ il ____ / ____ / _____

(data)

(firma)