**Marca da bollo Allegato D**

 **Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA

**(pediatri che hanno conseguito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti, dopo il 31 gennaio 2017)**

Azienda USL di Bologna

Dipartimento Cure Primarie

Settore Convenzioni Nazionali

Via S. Isaia, 94/A

**40123 BOLOGNA**

Il sottoscritto Dr................................................................nato .a..............................il............................

residente a........................................prov.........Via................................................................n...............

CAP........................tel………….........……………cell.....................................................…………………

e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………

FA DOMANDA

per l’assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 358 del 13 novembre 2018, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)***

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 445/00:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli Studi di……………..........................................…………………in data……………..……….con voto………..............;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria o in discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30.01.1998 e s.m.i, (1) (specificare la disciplina: ………………………..…………………………………………………….)

in data………………………… con voto…………….ultimo anno accademico di corso …../….. presso l’Università degli Studi di…………………………………………………………;

1. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di...................................................................................................;
2. di essere residente nel Comune di…………..………………..…. prov.................. dal….............................
3. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, (*in caso affermativo specificare il tipo di attività..........................................................................................................).*

*L’atto sostitutivo di notorietà per l’accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all’ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell’eventuale accettazione di incarico.*

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MERCOLEDI’ 13 FEBBRAIO 2019 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A. Moro, 21 – BOLOGNA alle ore 11,30 secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

..................................................................................................................................................................................

Data Firma (2)

............................ ...................................................................................

1. discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.: clinica pediatrica, neonatologia, pediatria e puericultura, pediatria preventiva e puericultura, pediatria preventiva e sociale, pediatria sociale e puericultura, puericultura, pediatria preventiva e sociale, puericultura ed igiene infantile, puericultura dietetica infantile ed assistenza sociale dell’infanzia, puericultura e dietetica infantile.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del/i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;

1. La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).