



## AVVISO PUBBLICO

allegato "2"

Al Direttore Generale ASL Pescara  
Dipartimento Amministrativo -  
U.O.S Gestione Sanitari Convenzionati

### CODICE IDENTIFICATIVO

( indicato sulla marca da bollo ) \_\_\_\_\_

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Con riferimento alla deliberazione n°\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di Codesta ASL, il/la sottoscritto/a Dott./ssa. \_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_ EMAIL:\_\_\_\_\_

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

### D I C H I A R A

la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nell'ambito della Pediatria di Libera Scelta, trovandosi nelle condizioni previste dall'Avviso Pubblico di cui alla Deliberazione sopra menzionata: (barrare la casella che interessa)

- a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale /PLS valevole per l'anno 2024
- b) Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno 2025 (dopo il 31/01/2024).
- c) Pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

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 specializzazione in Pediatria / o disciplina equipollente  
( \_\_\_\_\_ ) 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 Abruzzo, valevole per l'anno 2025 con punti\_\_\_\_\_;
  - 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 /PLS;
- N.B. Si allega copia di valido documento di riconoscimento (a pena di esclusione).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Allegato 3**

#### **MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

<b>SPAZIO PER MARCA DA BOLLO</b>  da € 16,00  da annullare con data e firma
---

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritieri, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, ai sensi ed agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

#### **DICHIARA**

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, dovuta per l'istanza di partecipazione alla graduatoria aziendale di disponibilità prevista dall'art. 15, comma 7, ACN/PLS vigente, per i medici aspiranti ad eventuali incarichi provvisori e di sostituzione nella Pediatria di Libera Scelta, presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, con la marca da bollo sopra apposta ed annullata.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

#### **Firma autografa leggibile**

Luogo e data \_\_\_\_\_

#### **AVVERTENZE**

1 – Il presente modulo, provvisto della marca da bollo annullata secondo le indicazioni di cui sopra, deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione alla graduatoria aziendale di disponibilità prevista dall'art. 15, comma 7, ACN/PLS vigente, per i medici aspiranti ad eventuali incarichi provvisori e di sostituzione nella Pediatria di Libera Scelta, presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara.

2 – La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa parte del modulo.

