



allegato "2"

Al Direttore Generale ASL Pescara
Dipartimento Amministrativo - U.O.C. Dinamiche del Personale
Ufficio Sanitari Convenzionati

CODICE IDENTIFICATIVO
indicato sulla marca da bollo

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Con riferimento alla deliberazione n° 1910 del 21/12/2023 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 altri 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) Medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti
successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in
graduatoria regionale.

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 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 2024 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 _____