

ASL TERAMO
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERR.LE
U.O.C. ATTIVITA' AMM.VE ASSISTENZA
TERRITORIALE E DISTRETTUALE
Ufficio Medicina Convenzionata
Circonvallazione Ragusa, 1
64100 TERAMO

N. codice identificativo marca da bollo (14 cifre)

cast@pec.aslteramo.it

l sottoscritt_ dott._____
nat_ il _____ a _____
residente in _____ CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____
C. Fiscale _____
indirizzo di posta elettronica (leggibile) _____ @ _____
indirizzo di posta P.E.C. (leggibile) _____ @ _____

DICHIARA:

la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori o di sostituzioni nelle attività previste dall'ACN per la Pediatria di Libera Scelta;

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA ALTRESI'

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____;
- di essere abilitat__ all'esercizio della professione medica dal _____;
- di essere iscritt__ all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere/non essere iscritt__ nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo valevole per l'anno 2020 con punti _____;
- di avere acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale in data _____;
- di essere incondizionatamente idone__ alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17, vigente A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta e s.m.i...;

Data _____

Firma _____

N.B. Allegare: 1) copia del documento di riconoscimento

2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo

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

(da allegare alla domanda di inserimento nella graduatoria aziendale per l'anno 2020)

Spazio per apposizione della marca da
bollo, da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. ____ il _____

codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, 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 dovuta per l'istanza di inserimento nella graduatoria aziendale della Medicina Generale valevole per l'anno 2020 con la marca da bollo sopra apposta e 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.

Luogo e data

Firma leggibile

Avvertenze

- 1) ***Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nella graduatoria aziendale della Medicina Generale valevole per l'anno 2020.***
- 2) ***La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.***
- 3) ***Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in altro a sinistra del modulo di domanda.***