

**DISPONIBILITÀ AVVISO**  
**CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO E/O SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI**  
**LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2021.**

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

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail (LEGGIBILE) \_\_\_\_\_

PEC (LEGGIBILE) \_\_\_\_\_

POSIZIONE IN GRADUATORIA REGIONALE DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2020: \_\_\_\_\_

**Manifesta la propria disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o sostituzioni**  
**presso la ASL Roma 6**

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

**DICHIARA**

1. di possedere la laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**senza lode**  **con lode**, presso l'Università \_\_\_\_\_

2. di essere in possesso della seguente specializzazione in: \_\_\_\_\_

conseguita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**senza lode**  **con lode**

3. di avere / no avere condanne penali \_\_\_\_\_

di avere / no avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

4. di no essere in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN della Pediatria di Libera Scelta.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_