

DISPONIBILITÀ AVVISO
CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO E/O SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI
LIBERA SCENTA PER L'ANNO 2020.

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 non 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 _____

