REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

BOLLO
di euro 16,00
annullare con timbro /sigla personale

AL DIRETTORE GENERALE ASL AVELLINO
DR.SSA MARIA MORGANTE

Il/la sottoscritto a dr. _____nato a_____
il_____C.F._____residente_____prov._____via_
_____n._____CAP_____telef_____cell_____
laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____ con voto _____/110 presso l'Università degli Studi di_____, abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno _____, iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con numero iscrizione _____,di essere specializzato/a in _____ il _____ con voto _____/_____ presso l'Università degli studi di _____

CHIEDE

In applicazione del vigente Accordo Collettivo Nazionale Medici Pediatri di Libera Scelta, di essere inserito nella graduatoria aziendale dei Pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione per la Pediatria di Libera Scelta.
A tal'uopo lo scrivente dichiara:
(biffare un solo item dei seguenti due)
☐ di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2020 valevole per l'anno 2021, pubblicata sul BURC pubblicata sul BURC n. 32 del 29/03/2021, alla posizione _____ con punti_____;
☐ di non essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2020 valevole per l'anno 2021, pubblicata sul BURC pubblicata sul BURC n. 32 del 29/03/2021;

Il sottoscritto, consapevole che le convocazioni per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione avverranno esclusivamente per Posta Elettronica Certificata, indica di seguito il proprio indirizzo PEC:

_____
(per chiarezza indicare la Pec in maniera leggibile)

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2002 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità:

- che quanto sopra riportato corrisponde al vero;
- che comunicherà all'ASL Avellino ogni intervenuta incompatibilità.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutta le finalità istituzionali, ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i.

Si allega copia della _____ n°_____
Rilasciata da _____il _____

_____ _____
(luogo e data) (firma)