

**SI RACCOMANDA LA PUNTUALE COMPILAZIONE DI OGNI PUNTO SOTTO  
RIPORTATO. EVENTUALI OMISSIONI O PARZIALI COMPILAZIONI POTRANNO  
DETERMINARE L'ESCLUSIONE O L'AMMISSIONE CON RISERVA.**

SPETT. A.S.L. RIETI  
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE  
VIA DELTERMINILLO, 42  
02100 - R I E T I

PEC: *medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it*

**OGGETTO: Avviso riservato ai Pediatri di Libera Scelta per l'acquisizione di ulteriori disponibilità, per prestazioni da rendere per la copertura dell'Assistenza Pediatrica, sabato, domenica, prefestivi e festivi – Progetto Ambufest Pediatrico di cui al DCA 14 maggio 2018, n. U00187.**

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), Codice Fiscale

n. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_, recapito Tel. \_\_\_\_\_

recapito Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO:

\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE ALL'ALBO DELL'ORDINE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_;

### CHIEDE

di partecipare all'avviso in oggetto, pubblicato in data \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i.

### DICHIARA

1) di essere:

a) medico titolare a tempo indeterminato di Pediatri di Libera Scelta presso la A.S.L. di Rieti dal \_\_\_\_\_ (con numero di assistiti \_\_\_\_\_);

b) medico titolare a tempo indeterminato di Pediatri di Libera Scelta presso la A.S.L. di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (con numero di assistiti \_\_\_\_\_);

c) medico inserito nella graduatoria regionale di settore della Regione Lazio, valida per l'anno 2023, alla posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

d) specialista in pediatria non inserito nella graduatoria precedente e senza rapporti con il SSR;

2) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'A.C.N. Medicina Generale 28/04/2022;

3) di individuare quale domicilio presso il quale dovrà, ad ogni effetto, essere inviata ogni necessaria eventuale comunicazione relativa al presente avviso:

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_, Provincia di \_\_\_\_\_, recapito tel. \_\_\_\_\_.

Avendo preso visione del progetto denominato "Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi" proposto dalla Regione Lazio, formalizza la propria disponibilità ad aderire al progetto e si rende disponibile ad effettuare n° \_\_\_\_\_ ore settimanali, secondo le modalità stabilite dal progetto.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D. L.vo 30/06/2003, n. 196.

DATA \_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)