

Bollo  
€ 16,00

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno

UOC Assistenza Primaria  
[assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it](mailto:assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
e residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
al/alla Via/Corso/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

#### C H I E D E

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 2022 valevole per l'anno 2023, pubblicata sul BURC n. 106 del 27/12/2022, alla posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ ;
- di non essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2022 valevole per l'anno 2023 pubblicata sul BURC n. 106 del 27/12/2022;

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 stampatello in maniera leggibile)**

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 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'A.S.L. Salerno ogni intervenuta incompatibilità.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte 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)