

**S.C. Cure Primarie**

Direttore D.ssa Emanuela Boschi

Spett.le

S.S. Gestione Giuridica ed Amministrativa

Convenzionamenti

ASST Sette Laghi

amministrazione.medicinaconvenzionata@asst-settelaghi.it

Oggetto: Domanda per l'inserimento nella manifestazione di interesse di Pediatri disponibili all'attribuzione di incarichi a tempo determinato e/o sostituzioni per il Servizio di pediatria di libera scelta.

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ Prov. _____

C.A.P. _____ Via _____ n. _____ Cell. _____

PEC personale _____

E-mail _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella manifestazione di interesse di pediatri disponibili all'attribuzione di incarichi a tempo determinato e/o sostituzioni per il Servizio di pediatria di libera scelta.

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(barrare le diverse opzioni)

☐ di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____/110 e Lode si ☐ no ☐

☐ di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data _____ presso _____;

☐ di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con n° iscrizione _____;

☐ di essere in possesso del titolo di specializzazione in pediatria conseguito in data _____;

☐ di essere iscritto/a al corso di specializzazione in _____, data inizio del corso _____ presso _____;

☐ di essere in possesso della patente di guida categoria B in corso di validità;

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario**Direzione e sede:** viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

Il sottoscritto inoltre, dichiara di essere a conoscenza che l' ASST Sette Laghi ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che la stessa ASST Sette Laghi potrà procedere, ai sensi e agli effetti dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro della non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2013/679 del 27 aprile 2016 autorizzo ASST Sette Laghi a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento di incarichi provvisori e/o sostituzioni quale Medico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria.

Luogo e data

In fede

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DELL'ART. 38, COMMA 3, DEL
D.P.R. 28.12.2000 N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

☐ Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____
rilasciato il _____ da _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it