

Alla ASP di Crotone  
Distretto Sanitario Unico Aziendale  
Settore Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta  
88900 Crotone (KR)  
PEC [dipartimentodistrettuale@pec.asp.crotone.it](mailto:dipartimentodistrettuale@pec.asp.crotone.it)

**OGGETTO: PLS INCARICO PROVVISORIO**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICO PROVVISORIO DI  
MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA  
(Comune di Petilia Policastro)  
(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, laureato/a in Medicina e  
Chirurgia il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_, specializzato in  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; abilitato/a in data \_\_\_\_\_, iscritto/a  
all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, cod.  
regionale \_\_\_\_\_ (eventuale) \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, tel.  
\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, e-mail  
\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale di disponibilità per l'incarico provvisorio risultante dall'Avviso pubblico del \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 ),

**DICHIARA**

*(barrare e compilare la/e voce/i che interessano)*

△ di essere inserito/a nella graduatoria regionale per l'anno 2023 alla posizione n. \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;

△ di aver acquisito la specializzazione in pediatria il \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_;

△ di essere iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno (indicare 1° o 2° etc.) del corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

△ di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

△ di essere titolare di borsa di studio in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

△ di essere assegnatario/a di Dottorato di ricerca retribuito \_\_\_\_ (sì/no) presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

△ altro \_\_\_\_\_.

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito [www.asp.crotone.it](http://www.asp.crotone.it) unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;
- che il termine di scadenza dell'avviso è tassativo e che farà fede, per le domande, la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC; che l'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili ai servizi telematici;
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

Luogo e data

Firma leggibile (\*)

(\*) **ATTENZIONE:** La domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato/a ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.