



**Allegato A**

**ISTANZA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE  
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO I  
PUNTI DI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO - ASP PALERMO**

Da presentare al protocollo dell'U.O.C. Cure Primarie o all'indirizzo PEC: direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org entro il ventesimo gg dalla data di pubblicazione.

Al Direttore dell'U.O.C. Programmazione e  
Organizzazione delle Attività di Cure primarie  
ASP - PALERMO

Il/la sottoscritt...Dr/Dr.ssa.....  
nat.... a .....(prov.....) il .....  
Residente in..... (prov.....)  
Via..... n°..... CAP.....  
Cell..... PEC.....  
Email.....

**DICHIARA**

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data .....
2. Di essere abilitato all'esercizio della professione nella ..... sessione del.....
3. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di .....dal .....al n°.....
4. Di essere in possesso del diploma di specializzazione in ..... conseguito il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di ..... corso svolto dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa ) (specificare data di inizio e data di conclusione del corso di specializzazione)
5. Di essere/non essere convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale per la Pediatria di libera scelta (PLS), presso l'ASP di ..... Distretto..... ambito territoriale di ..... C.R. n. .... dal ..... Numero di scelte .....
6. Di avere /non avere prestato servizio presso i PPI-P .....dell'ASP di Palermo.

A tal fine dichiara di aver preso visione del bando, della linea di indirizzo operativa e della norma finale 1 dell'AIR di pediatria del 2011 e di accettarne tutti i contenuti.

**CHIEDE**

Di essere inclus..... nella graduatoria dei medici pediatri che intendono prestare la propria attività nei Punti di Primo Intervento Pediatrico (P.P.I.- P.) dell'Asp di Palermo

**ACCLUDE**

- N° ..... Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- N° ..... Dichiarazione sostitutiva di certificazione.
- 

Dichiara di essere/non essere disponibile a ricoprire eventuali turni di reperibilità c/o i P.P.I.-Pediatrico dell'Asp di Palermo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_