



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 didalal 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-Pdell'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 _____