

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI  
PROVVISORI DI PEDIATRIA DI FAMIGLIA**

Al Direttore Generale  
dell'ATS della Val Padana  
Via dei Toscani, 1  
46100 Mantova

Il/la Sottoscritt.. Dr. \_\_\_\_\_

Nat.. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

Domiciliat.. a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

**(solo se diverso dalla residenza)**

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere incluso nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di incarichi provvisori di Pediatria di Famiglia per la Sede Territoriale ATS di:

Cremona

Mantova

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

1) Di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia

Presso l'Università di \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

voto di laurea \_\_\_\_\_



Dipartimento Cure Primarie

---

2) Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione

Presso l'Università di \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

3) Di aver conseguito la Specializzazione in Pediatria

Presso l'Università di \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

voto di Specializzazione \_\_\_\_\_

4) Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ N° iscrizione \_\_\_\_\_

5) Di essere inserito nella graduatoria di settore di Pediatria di Famiglia della Regione Lombardia

SI – Grad. Reg. relativa all'anno \_\_\_\_\_, posizione \_\_\_\_\_, punteggio \_\_\_\_\_

NO

Altre informazioni da dichiarare o note:

---

---

---

Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali successive variazioni a quanto sopra dichiarato.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si allega la seguente documentazione:**

- **Copia documento di identità (\*)**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'ATS ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che la stessa ATS 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 e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali sopra dichiarati ai sensi e agli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Firma \_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore.