



Regione Campania
Progetto "CO.S.PED:" – Consulenza Specialistica Pediatrica

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO APPROVATO CON DECRETO N ____ DEL _____

Spett. Azienda Sanitaria Locale

Indirizzo P.E.C.

Il sottoscritto dott. _____, Medico Chirurgo Specialista in Pediatria, nato a _____, il _____, residente in _____ (____), Via _____
Codice Fiscale _____, telefono fisso _____ telefono cellulare _____, e-mail _____, pec _____.

chiede di partecipare al Progetto "CO.S.PED:" – Consulenza Specialistica Pediatrica - per i giorni prefestivi e Festivi - nel periodo intercorrente tra il 20 aprile e il 01 maggio 2019 compreso, per l'A.S.L. _____ e più specificamente per i distretti (minimo 3 ambiti) _____ e, a tal proposito

D I C H I A R A

1) Di (barrare SOLO la casella in cui si ricade):

1.1) Essere pediatra di libera scelta convenzionato nella A.S.L. _____ distretto _____ dal _____:

1.2) non essere pediatra convenzionato ma di essere inserito nella vigente graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta approvata con decreto n. 45 del 22 novembre 2018 e pubblicata sul BURC n. 87 del 26 novembre 2018 al posto _____;

1.3) di non essere pediatra convenzionato e di non essere ancora inserito nella citata graduatoria regionale di cui al punto 1.2, ma di essere medico specialista in pediatria, con specializzazione conseguita in data _____ presso _____.

- 2) di non essere nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'A.C.N. vigente per la pediatria di libera scelta.
- 3) di disporre della seguente polizza assicurativa contro i rischi professionali _____.
- 4) di NON disporre di polizza assicurativa contro i rischi professionali ma di impegnarsi a stipularla all'atto della sottoscrizione dell'incarico;
- 5) di aver letto l'allegato al decreto n. _____ del _____ e di essere a conoscenza dei criteri di scelta per l'attribuzione dell'incarico, di priorità, dell'orario dei turni di lavoro, dei tempi di presentazione della domanda e del relativo compenso in esso previsti ;
- 6) Di offrire il proprio gradimento per il seguente periodo dell'arco temporale previsto:

barrare la relativa casella	
<input type="checkbox"/>	tutto il periodo
<input type="checkbox"/>	20-apr-19
<input type="checkbox"/>	21-apr-19
<input type="checkbox"/>	22-apr-19
<input type="checkbox"/>	24-apr-19
<input type="checkbox"/>	25-apr-19
<input type="checkbox"/>	27-apr-19
<input type="checkbox"/>	28-apr-19
<input type="checkbox"/>	30-apr-19
<input type="checkbox"/>	1-mag-19

La presente vale come autocertificazione ai sensi del D. Lgs n.445/2000. A tale riguardo si allega copia del documento di identità.

Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Luogo _____ Data _____

FIRMA
