

BOLLO  
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2  
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO  
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali  
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.  
PEC: areavasta2.asur@emarche.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
( per trasferimento)**

...I... sottoscritt... Dott.....  
(cognome) (nome)  
nat... a ..... prov ..... Il ..... residente a .....  
prov..... C.A.P. .... Via..... n°.....  
cell n°..... e-mail ..... PEC .....  
Cod. Fiscale .....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

Di essere residente nel Comune di ..... Prov. .... a far data dal.....  
Di essere residente nel territorio della Regione ..... dal .....  
Di essersi laureato il ..... iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di ..... iscritto  
nell'elenco dei Pediatri di Libera Scelta del Distretto /Comune di ..... dal ..... ai sensi  
dell'art. 33 ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 15/12/2005 e ss.mm. e ii.:

**FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'art. 4, comma 5, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....e, segnatamente, per i seguenti ambiti:

Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_  
Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_  
Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_  
Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di non svolgere altra attività a qualsiasi titolo (oppure di svolgere le seguenti altre attività) .....

Allegati:.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;  
 il domicilio di seguito indicato: Via ..... n. ....  
Comune ..... C.A.P. .... Prov. ....

.....  
(data)

.....  
(firma per esteso)

*N.B. Alla domanda deve essere altresì allegata la dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Allegato 1 dell'ACN 29/07/2009) e copia della carta d'identità in corso di validità.*

BOLLO  
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2  
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO  
DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali  
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.  
PEC: arcavasta2.asur@emarche.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ( per graduatoria)**

...I... sottoscritt... Dott .....  
(cognome) (nome)  
nat... a ..... prov..... il..... residente a.....  
prov..... dal..... C.A.P..... Via..... n°..... cell n°.....  
e-mail ..... PEC .....  
Cod.Fiscale .....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

Di essere residente nel Comune di ..... Prov ..... a far data dal.....  
Via.....n°..... C.A.P .....

Di essere residente nel territorio della Regione ..... dal .....

Di essersi laureato il ..... con voti..... iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di .....  
senza procedimenti disciplinari in corso. specializzato in..... il ..... con voti.....

inserito nella graduatoria anno 2021 dei Medici Pediatri di Libera Scelta (ACN PLS 21/06/2018 art. 4 c. 5 lett. c)

in possesso del Diploma di Specializzazione conseguito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno 2021 (ACN PLS 21/06/2018 art. 4 c. 5 lett. d)

**FA ISTANZA**

ai sensi dell'art. 33 dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta del 15/12/2005 e ss.mm.ii., del quale conosce ed accetta le condizioni ed i termini in esso contenuti, per l'iscrizione negli elenchi dei Medici Pediatri di Libera Scelta nei seguenti ambiti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....:

Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza;

il domicilio di seguito indicato: Via ..... n. ....

Comune ..... C.A.P ..... Prov .....

.....  
(data)

.....  
(firma per esteso)

*N.B. Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione, nonché dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Allegato I dell'ACN 29/07/2009) e copia della carta d'identità in corso di validità.*

## ALLEGATO I)

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a..... il..... residente in.....  
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo  
dei..... della Provincia di.....  
ai sensi e agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**Dichiara formalmente di**

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):  
Soggetto..... ore settimanali.....  
Via..... Comune di.....  
Tipo di rapporto di lavoro.....  
Periodo: dal.....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte  
Periodo: dal.....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)  
A.S.L. .... branca..... ore sett.....  
A.S.L. .... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
Provincia..... branca.....  
Periodo: dal.....

Segue ALLEGATO I)

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2):  
 Regione..... A.S.L..... ore sett.....  
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....
- Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....
- Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:  
 Azienda..... ore sett.. ..  
 Via..... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)  
 A.S.L. .... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
 Periodo: dal.....

Segue ALLEGATO I)

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....  
 .....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):

Soggetto pubblico.....

Via..... Comune di .....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....

.....

Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....

**NOTE**

.....  
 .....  
 .....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data.....

Firma.....

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

**ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO****DICHIARAZIONE**

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ M\_ F\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail/PEC \_\_\_\_\_

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**Dichiara**

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16 € sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

\_\_\_\_\_

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza** e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata con dichiarazione autografa, la stessa deve essere corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)

Ogni comunicazione deve essere inoltrata a:  
ASUR-Area Vasta 2 - Via Turati n. 51 - 60044 Fabriano (AN) - tel 071 8705872  
PEC: areavasta2.asur@emarche.it