

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2020
ai sensi art. 33, comma 5, lettera d)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____

Bure n. 77 del 17 Settembre 2021

residente a _____ prov. _____ via _____

_____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5, lettera d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 21/06/2018, all'avviso per l'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta nell'ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" **con apertura dello studio nel Comune di BONIFATI (ASP di Cosenza)**, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/____

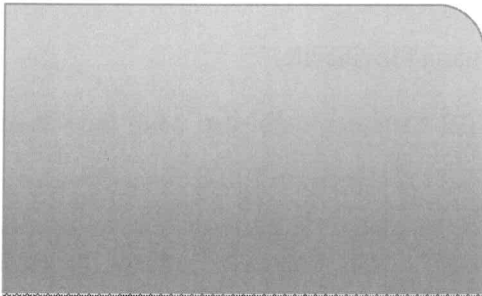
A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____
3. di aver conseguito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale in data successiva al 31.01.2019, ossia in data ____/____/____, presso la Regione _____;
4. di essere residente nel Comune di _____, prov. _____, dal ____/____/____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO
da annullare con data e firma



Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a _____ prov. _____

il ____/____/____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione per l'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta nell'ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" **con apertura dello studio nel Comune di BONIFATI (ASP di Cosenza)** pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.
3. Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.

impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.

h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____