

ALLEGATO 1b

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2021) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI
PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE**

BOLLO € 16

ARES Cagliari

n. identificativo della marca da bollo
Nr. _____

Il sottoscritto/a dott.consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.i. dichiara di essere nato/a a.....il.....
Codice Fiscale residente a prov. Via
..... CAP..... tel..... cell e, a far data dal/...../....., residente nel territorio della Regione e titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda sanitaria locale della regione dal/...../..... (eventuali periodi di sospensione (art. 18, comma 1, dell'ACN/2005 e s.m.i.) dal al) e con anzianità complessiva di medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi specializat ...in data .../...../..... con voto finale/.....

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 33, comma 5, lettera **b**) dell'ACN 2005 e s.m.i., integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018 nel sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____ :

ASL	Ambito Territoriale

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere (allegato 4)), l'autocertificazione attestante l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato (allegato 2)) e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto:

.....@.....

Data
.....

Firma
.....