

ALLEGATO 1a

DOMANDA DI TRASFERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2021) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI DELLA REGIONE SARDEGNA

BOLLO € 16

A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

n. identificativo della marca da bollo
(in caso di invio della domanda a mezzo pec)

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..... a far data dal Tel. cell.

Residente nel territorio della Regione e titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica presso l'Azienda sanitaria locale della regionedal (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 specializatin data con voto finale

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 33, comma 5, lettera a) 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 _____ come di seguito indicato:

ASSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente: la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, 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

La propria residenza ☐ Il domicilio sotto indicato ☐

c/o Via/Piazza n. ... Comune prov.

Data

Firma

.....

.....