

**Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale per l'anno 2025 di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di Medici Pediatri di Libera Scelta**

Spett. A.S.L. NO  
Ufficio Protocollo  
Viale Roma 7  
28100 NOVARA (NO)

Marca  
da bollo  
come da norme vigenti € 16,00  
annullare con data e firma

da inviare esclusivamente via pec a:  
**protocollogenerale@pec.asl.novara.it**

**Domanda per la formazione di una graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito della Medicina Pediatrica di Libera Scelta dell'ASL NO di Novara per l'anno 2025.**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il .....  
a..... cittadinanza.....  
residente a .....CAP.....(prov. ....) in via .....  
.....n° ..... e domiciliato a .....CAP.....(prov. ....)  
in via .....n° ..... (indicare solo se diverso dalla residenza)  
Codice Fiscale ..... Telefono .....  
e-mail .....  
Indirizzo posta certificata .....

Sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di ..... con voto ..... in data .....;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di ..... dal ..... numero iscrizione .....;
- Di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico Chirurgo in data .....;
- Di aver conseguito la specializzazione in Pediatria presso l'Università ..... in data ..... con votazione .....

- Di essere / non essere iscritto nella Graduatoria della Regione Piemonte per l'anno. 2025 con il punteggio.....;
- Di essere / non essere iscritto al corso di Specializzazione in ..... Sede ..... , anno di iscrizione.....;
- Di avere / non avere procedimenti disciplinari o penali in corso;
- Di essere / non essere Medico convenzionato per l'assistenza primaria ad attività oraria presso..... per n. di ore.....;
- Di essere / non essere Medico convenzionato per l'Assistenza Primaria a ciclo di scelta / Medico Pediatra di Libera Scelta con numero di scelte ..... in data .....;
- Di essere / non essere Medico della Medicina dei Servizi con numero di ore di incarico ..... presso l'Azienda .....;
- Di essere / non essere in possesso della patente di guida "B".

#### **RICHIEDE:**

di essere inserito nella graduatoria per incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito della Pediatria di Libera Scelta dell'ASL NO di Novara per l'anno 2025 per:

Ambito territoriale di scelta Distretto Sud ed Urbano Novara ☐ SI ☐ NO  
Ambito territoriale di scelta Distretto Nord ☐ SI ☐ NO

Inoltre:

Mi impegno a comunicare tramite PEC, entro 10 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

Sono consapevole che all'atto dell'assegnazione dell'incarico non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N..

Mi dichiaro disponibile per sostituzioni conferite dal Medico Pediatra titolare:

Ambito territoriale di scelta Distretto Sud ed Urbano Novara ☐ SI ☐ NO  
Ambito territoriale di scelta Distretto Nord ☐ SI ☐ NO

Se SI : autorizzo l'Azienda a mettere disposizione dei Medici Pediatra titolari, a richiesta, il mio nominativo e i seguenti recapiti:

telefono.....indirizzo mail.....

data.....

firma .....

**ALLEGATI:** FOTOCOPIA DI UN **DOCUMENTO DI IDENTITA'** VALIDO (ENTRAMBE LE FACCIATE);

*Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.*

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 642/1972

DICHIARAZIONE

ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e D.M. 10/11/2011

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) M • F •

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo la seguente modalità:

- ☐ imposta di bollo assolta in modo virtuale, tramite apposizione e annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuto presso il mittente a disposizione degli organi di controllo; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16 applicata ha

IDENTIFICATIVO ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ emessa il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DICHIARA, INFINE,

☒ che la marca da bollo sopra indicata sarà utilizzata esclusivamente per la presentazione della domanda in argomento (\_\_\_\_\_)

☒ 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 dei successivi controlli.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_