

## DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO IL COMUNE DI FALCONARA M.ma (Distretto di Ancona)

|                               |
|-------------------------------|
| Marca da<br>bollo<br>€. 16,00 |
|-------------------------------|

All'AST di ANCONA  
U.O.C. D.A.T. MEDICINA CONVENZIONATA  
PEC: ast.ancona@emarche.it

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di partecipare all'assegnazione di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta presso il Comune di Falconara Marittima con decorrenza dal 1/10/2023.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto:

- A) Medici iscritti nella graduatoria PLS 2023 (Regione Marche) con punteggio \_\_\_\_\_.
- B) Medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o in discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART. 46 DPR 445/2000

di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

di avere  di non avere  cittadinanza italiana

di essere cittadino di altro Paese U.E., incluse le equiparazioni di legge

Dichiara:

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003 e ss.mm.ii. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma per esteso .....

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

dichiara  
di essere in possesso di:

|   |
|---|
| Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con voto ____/110  |
| Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____   |
| Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____/____/____  |
| Specializzazione in Pediatria o in discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. conseguita il _____, con voto _____, presso: _____. |

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

## 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:  
Partecipazione all'Avviso per il conferimento di n.1 incarico provvisorio di PLS c/o il  
Comune di Falconara M.ma (AN)

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:  
AST di Ancona - Via C.Colombo n. 106 - 60100 Ancona (AN) - tel 071 8705869/5076  
PEC: ast.ancona@emarche.it