



AL DIRETTORE GENERALE  
ASL PROVINCIA DI FOGGIA  
Piazza della Libertà, 1  
71121 FOGGIA

RACCOMABDATA A. R.

IL SOTTOSCRITTO Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Laureato in data \_\_\_\_\_ presso l' Università di \_\_\_\_\_

Con voti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ specializzazione in pediatria conseguita il \_\_\_\_\_

con voti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**  
*( per trasferimento )*

**Di trasferimento per l' assegnazione delle carenze di assistenza pediatrica rilevate da codesta ASL FG nei Comuni di :**

\_\_\_\_\_ Distretto S.S. di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Distretto S.S. di \_\_\_\_\_

**Pubbligate sul BURP n. 155 del 06/10/2011.**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di :

- essere convenzionato con l' ASL di \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_  
Distretto S.S. di \_\_\_\_\_ con anzianità complessiva di mesi \_\_\_\_\_;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni dettate dall' ACN vigente per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici specialisti pediatri di libera scelta del quale è ad integrale conoscenza.

Inoltre il sottoscritto s' impegna a rimuovere qualsiasi incompatibilità in essere prima del conferimento dell' incarico per trasferimento.

Rilascia il proprio consenso ai sensi della L. 675/96 al trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente domanda.

Allega alla presente documento d' identità.

\_\_\_\_\_ firma per esteso

\_\_\_\_\_ data



AL DIRETTORE GENERALE  
ASL PROVINCIA DI FOGGIA  
Piazza della Libertà, 1  
71121 FOGGIA

RACCOMABDATA A. R.

IL SOTTOSCRITTO Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Laureato in data \_\_\_\_\_ presso l' Università di \_\_\_\_\_

Con voti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ specializzazione in pediatria conseguita il \_\_\_\_\_

con voti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**  
(per graduatoria)

Per essere inserito nell' elenco dei medici specialisti pediatri di libera scelta di codesta ASL FG per l' assegnazione delle carenze di assistenza pediatrica rilevate nei Comuni di :

\_\_\_\_\_ Distretto S.S. di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Distretto S.S. di \_\_\_\_\_

**Pubblicate sul BURP n. 155 del 06/10/2011.**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di :

- essere inserito nella graduatoria regionale definitiva per la medicina pediatrica di libera scelta valevole per l' anno \_\_\_\_\_ pubblicata sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di non essere e/o essere iscritto negli elenchi dei medici pediatra di libera scelta;
- di svolgere e/o non svolgere altre attività \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni dettate dall' ACN vigente per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici specialisti pediatri di libera scelta del quale è ad integrale conoscenza.

Inoltre il sottoscritto s' impegna a rimuovere qualsiasi incompatibilità in essere prima del conferimento dell' incarico.

Rilascia il proprio consenso ai sensi della L. 675/96 al trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente domanda.

Allega alla presente documento d' identità.

\_\_\_\_\_ firma per esteso

\_\_\_\_\_ data