

**GRADUATORIA REGIONALE PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2023**

**Apporre  
BOLLO**

**AL DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA  
SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE  
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta  
Regione PUGLIA  
Via Gentile n.52  
70126 BARI (BA)**

**PRIMO INSERIMENTO**

**INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso: M  F  Codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ ASL di residenza \_\_\_\_\_

Cittadinanza Italiana o di altro Paese appartenente alla UE ( **incluse le equiparazioni**) secondo quanto  
previsto dall'art. 2 dell' accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta vigente dal 21/06/2018  **SI**  **NO**

**chiede**

secondo quanto previsto dall'art. 15 così come novellato dall'art. 2 dell'A.C.N. del 21/06/2018 per la pediatria di libera  
scelta 15/12/2005 e s.m.i., l'inserimento nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, a valere per l'anno 2023.

**DICHIARA**

di **non** essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

Allega alla presente domanda:

- n. \_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive di certificazione ;
- n. \_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. \_\_\_\_\_ altre certificazioni.

**Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:**

**indirizzo PEC** \_\_\_\_\_ **(obbligatorio)**

propria residenza;

il domicilio sotto indicato:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_