

**SCHEMA DI DOMANDA DI INSERIMENTO  
PER LE CARENZE STRAORDINARIE PEDIATRICHE**  
(la domanda deve essere presentata in bollo)

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE  
REGIONE PIEMONTE  
N..... DI .....

Il sottoscritto dott/dott.ssa .....  
nato a ..... prov..... il ..... M  F   
codice fiscale ..... residente a .....  
prov..... via..... CAP ..... tel.....  
a far data dal..... A.S.L. di residenza ..... e residente nel territorio della  
Regione Piemonte dal ..... inserito nella graduatoria unica regionale di cui  
all'articolo 15 dell'ACN del 15/12/05.

**FA DOMANDA DI INSERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale di cui alla CARENZA STRAORDINARIA pubblicata sul  
Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n..... del ....., secondo quanto  
previsto dall'art.4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di Libera Scelta vigenti e dall'articolo  
33, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per i medici specialisti pediatri di libera  
scelta del 15/12/05.

.....  
.....  
(indicare i Comuni compresi nell'ambito territoriale)

A tal fine dichiara:  
di essere incluso nella graduatoria regionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta valida per  
l'anno ...../..... pubblicata sul B.U.R.P. n ..... del ..... con punteggio .....

indicare gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analoga domanda:

- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....
- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....
- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....
- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....
- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

C/O ..... Comune ..... Cap ..... Prov.....  
Indirizzo .....

Allega alla presente certificato storico di residenza e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva  
di atto notorio, Allegati 1) e 2) come da fax-simile valide per le procedure richieste per le zone  
carenti ordinarie ed operative.

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

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
PER LE CARENZE STRAORDINARIE PEDIATRICHE**

(la domanda deve essere presentata in bollo)

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE  
REGIONE PIEMONTE  
N..... DI .....

Il sottoscritto dott.....  
nato a ..... prov..... il ..... M  F   
codice fiscale ..... residente a .....  
prov..... via..... CAP ..... tel.....  
a far data dal..... é residente nel territorio della Regione Piemonte dal .....  
titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda  
Sanitaria Locale n..... della Regione Piemonte dal ..... e con anzianità complessiva di  
medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi.....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale di cui alla CARENZA STRAORDINARIA pubblicata sul  
Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n..... del ....., secondo quanto  
previsto dall'art.4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di Libera Scelta e dall'articolo  
33, comma 3, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per i medici specialisti pediatri di libera  
scelta del 15/12/05.

.....  
.....

(indicare i Comuni compresi nell'ambito territoriale)

indicare gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analoga domanda:

- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....
- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....
- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....
- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....
- A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

C/O ..... Comune ..... Cap ..... Prov.....  
Indirizzo .....

Allega alla presente la documentazione e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto  
notorio, atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.33, comma 2, lettera a) dell'ACN  
vigente e la dichiarazione dell'A.S.L. competente che attesti l'anzianità complessiva di incarico  
come pediatra convenzionato.

Allegati n.....

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