

Marca Da Bollo

Alla Spett.le U.O.C. Programmazione Attività

Assistenza Primaria

**Domanda di iscrizione alla graduatoria di PLS per i Medici Specializzandi in Pediatria**

Il/La Sottoscritto/a:

Nome

Cognome

Luogo e data di nascita

Residenza

Indirizzo di residenza e cap

Numero di telefono o cellulare

Codice Fiscale

Pec

Laurea in

Data di Laurea

Voto di Laurea

Università dove è stata conseguita la Laurea

Numero di Iscrizione all'Ordine

Anno di iscrizione alla Specializzazione

Anno di Corso della Specializzazione

Università dove si svolge il Corso di Specializzazione

Chiede di essere inserito nell'elenco dei pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione per la pediatria di libera scelta ai sensi del D.L. 215 del 30.12.23, art 4 comma 2, convertito in Legge n. 18 del 23.02.2024, per cui i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, possono assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN fino al 31/12/2024.

Luogo, Data

Firma