MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

(da allegare alla domanda di partecipazione all' avviso per la formazione della graduatoria aziendale di pediatria di libera scelta per l'anno 2027)

Il sottoscritto consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 75 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445) trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 quanto segue:

Spazio per l'apposizione della marca da bollo da 16,00 da annullare con data e firma

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ provincia di _____

Codice Fiscale _____residente in _____

Via _____ n. _____

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per la domanda di partecipazione all'Avviso prot. n. _____ del _____per la formazione della Graduatoria Aziendale ASL Roma 2 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di Pediatria di Libera Scelta anno 2027 con la marca da bollo sopra apposta e annullata:
  Numero identificativo della marca da bollo (14 cifre) _____ del _____
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

_____

Firma autografa leggibile

_____

N.B

1)Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto con firma autografa leggibile del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso per la formazione della graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2027.

2) **La marca da bollo**, applicata nell'apposito spazio, dove essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.

3) Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato sia nel presente modulo che nell'apposito spazio posto sulla domanda di partecipazione.

N. codice identificativo marca de bollo (14 cifre)

_____

ASL Roma 2
Uoc Governo del Personale Convenzionato
Viale Bruno Rizzieri 226
00173 Roma Rim
pec risorse_umane_convenzionate@pec.asiroma2.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione all' avviso per la formazione della Graduatoria Aziendale ASL ROMA 2 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di Pediatra di Libera Scelta anno 2027

Il/la sottoscritto/a (cognome)_____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____provincia di _____

Codice Fiscale_____ residente in _____

Via _____n. _____

Tel. _____ recapito cell. _____

e-mall posta ordinaria (obbligatoria) _____

PEC (obbligatoria) _____

chiede di partecipare all'avviso in oggetto.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e simi, **dichiara:**

☐ a) di essere in possesso di Diploma di Laurea e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____ con voto e abilitato all'esercizio professionale il _____ a _____

☐ b) di di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di_____ al n. e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico.

☐ c) pediatra inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) di Pediatria 2027, punteggio _____ posizione n._____

☐ d) pediatra NON inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) e di aver acquisito la specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (se equipollente specificare discipline) _____ successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31.1.25) presso_____ in data _____ con votazione _____

☐ e) pediatra NON inserito nella graduatoria Regionate (Regione Lazio) e di essere in possesso della specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (se equipollente specificare disciplina)_____ (diversi dalla lettera b) presso _____in data_____ con votazione _____

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo e-mail (PEC)_____
Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato e chiesto.
Autorizza ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 e smi il trattamento dei dati personali

Data_____

Il/la Richiedente

_____

n.b. Allega 1) copia documento valido di riconoscimento
2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo