

BOLLO

Al Direttore Generale ASL BR  
Via Napoli n. 8 72100  
Brindisi

**OGGETTO : Progetto SCAP .**

**DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI**

Il sottoscritto dott. ...., nato a  
..... il ..... e residente in ..... (.....) alla via  
..... n. ...., Tel. ...., indirizzo  
PEC ..... Medico Chirurgo con specializzazione in  
Pediatria, conseguita presso l'Università di ..... in data .....

**CHIEDE**

di partecipare al progetto di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) dell'ASL BR anno 2019.

A tal fine dichiara (barrare le caselle interessate) :

<input type="checkbox"/> Di essere iscritto alla graduatoria regionale pediatrica valevole alla data del suddetto bando al numero ..... con punti .....
<input type="checkbox"/> Di essere residente nella Regione Puglia da almeno 2 anni
<input type="checkbox"/> Di essere residente nel territorio della ASL BR da almeno 2 anni nel comune di .....
<input type="checkbox"/> Di essere Pediatra di famiglia convenzionato nella ASL BR nel comune di ..... con numero ..... di assistiti in carico alla data della pubblicazione del bando.
<input type="checkbox"/> Di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando stesso
<input type="checkbox"/> Di disporre di adeguata polizza RC professionale
<input type="checkbox"/> Di impegnarsi a stipulare adeguata polizza RC professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico.

La presente domanda vale come autocertificazione ai sensi del D. Lgs n.445/2000.  
Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità.

\_\_\_\_\_ luogo

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ FIRMA