

Al Responsabile U.O.S.  
Gestione Conv. e Budget MMG e PLS  
Viale della Vittoria, 321  
92100 Agrigento

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Cellulare (OBBLIGAT.) \_\_\_\_\_ P.E.C. (OBBLIGAT.) \_\_\_\_\_

CODICE ENPAM \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

La propria disponibilità ad assumere un incarico provvisorio di **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE** presso:

☐ **M.S.A. ALFA 8 presso P.O. di SCIACCA**

☐ **M.S.A. ALFA 1 presso P.O. di AGRIGENTO**

A tal fine, il sottoscritto,

**DICHIARA**

- Di essere in possesso dell'Attestato di idoneità di Emergenza Sanitaria Territoriale (che si allega);
- Di essere/non essere incluso nella Graduatoria Regionale di Medicina generale valida per l'anno 2020 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
- Di avere / non avere acquisito il titolo di formazione specifico in Medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in Graduatoria regionale in data \_\_\_\_\_;
- Di essere in atto / non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina generale;
- Di avere conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- Di essere / non essere iscritto a corso di Specializzazione
- Di aver conseguito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con il n. . \_\_\_\_\_
- Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000. A tal fine allega atto notorio (Allegato L)
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 101/2018

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_