

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 _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

AD ESSERE INSERITO IN APPOSITO ELENCO AL FINE DI ESSERE UTILIZZATO NEI SRVIZI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DI CODESTA A.S.P.

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
