

**MARCA DA BOLLO**

**€. 16,00**

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 incarichi provvisori e di sostituzione di **Pediatria di Libera Scelta** presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale di Pediatria valida per l'anno 2021 approvata con D.D.G. n.1030 del 12/11/2020 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 59 del 27/11/2020.

A tal fine, il sottoscritto,

**DICHIARA**

- Di essere/non essere incluso nella Graduatoria Regionale di Pediatria valida per l'anno 2021 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
- Di avere conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- Di avere conseguito la Specializzazione in Pediatria in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- 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
- Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

**Firma**