

**AL Responsabile U.O. Gestione Convenzione  
Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie  
Accreditate Interne  
ASP AGRIGENTO**

**OGGETTO: Istanza per lo svolgimento di attività di continuità assistenziale presso le  
“Unità Speciali di Continuità Assistenziale” (U.S.C.A.) – PTE MENFI**

Il/La sottoscritto/a Dott/ssa. ....

Nato a ..... il ..... C.F. .....

Cellulare ..... P.E.C. ....

- Medico titolare a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso il Presidio  
di ..... Dal .....
- Medico sostituto a tempo determinato di Continuità Assistenziale inserito nella graduatoria  
Aziendale di Continuità Assistenziale;
- Medico sostituto a tempo determinato di Continuità Assistenziale in possesso dell'attestato  
di formazione in Medicina Generale;
- Medico che frequenta il corso di formazione in Medicina Generale;
- Medico laureato in Medicina e Chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

**COMUNICA**

La propria disponibilità a svolgere attività di Continuità Assistenziale presso le “Unità Speciali di Continuità Assistenziale” (U.S.C.A.) dell'ASP di Agrigento nella seguente postazione: **PTE MENFI**.

- Allego fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.
- Autorizzo al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i. e del Reg. UE 2016/679 dell'ASP di Agrigento.

**FIRMA**

Agrigento, li .....

-----