



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**

Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie accreditate interne

**AL DIRIGENTE MEDICO U.O.
GESTIONE CONVENZIONE CONTINUITÀ ASS.LE
ASP 1 AGRIGENTO**

Il Sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cod. Fiscale _____ Cod. ENPAM _____

Data laurea _____ Numero iscrizione Ordine dei Medici _____ di _____

DICHIARA DI ACCETTARE

- L'incarico provvisorio nel servizio della continuità assistenziale con preferenza presso il Presidio di

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- **Di essere a conoscenza** dei diritti e dei doveri dei Sanitari incaricati ai sensi dell'A.C.N. del 29/07/09.
- **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.
- **Di rilasciare il consenso** al trattamento dei dati personali informativa ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679: "*Dichiara di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dell'ASP di Agrigento, esclusivamente ai fini del presente provvedimento*".

Agrigento, li _____

Firma per accettazione