



**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 CONTINUITA' 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**

\_\_\_\_\_