

MARCA DA BOLLO
€ 16.00
Solo per i medici NON
inseriti nella Graduatoria
Regionale 2022

AL Dirigente Medico U.O. Gestione Convenzione
Continuità Assistenziale A.S.P. 1
V.le della Vittoria, 321
AGRIGENTO

Il sottoscritto Dr.

Nato a il

Residente in nella via

Cellulare (obblig.) P.E.C.(obblig.).....

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria Aziendale per incarichi temporanei di sostituzione nel servizio della Continuità Assistenziale, Guardia Medica Turistica e presso gli Istituti Penitenziari presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale valida per l'anno 2022 pubblicata sulla GURS Parte I n. 52 del 26/11/2021.

A tal fine dichiara:

- Di essere/non essere incluso nella graduatoria Regionale valida per l'anno 2022 al posto n.....con punti.....;
- di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data con voto.....;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
- di essere/non essere iscritto al corso di formazione in Med. Gen.le con decorrenza dal
- di avere/non avere conseguito l'attestato di formazione in Med. Gen.le in data
- di essere/non essere iscritto al corso di specializzazione con decorrenza dal
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000 a tal fine allega atto notorio.
- *Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 dell'ASP di Agrigento. I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti.*
- Il Sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare immediatamente, eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato, comunicazione che deve essere accompagnata dall'invio di nuovo allegato "L".

Dati personali

CODICE FISCALE.....

CODICE ENPAM.....

ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI DI..... NUMERO.....

DATA DI LAUREA.....

Luogo Data Firma