

**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
“L’Ambulatorio di Codici Bianchi” nel Presidio Ospedaliero di Licata.**

Il/La sottoscritto/a Dott/ssa

Nato a il C.F.

Cellulare P.E.C.

Data Laurea Iscrizione Ordine dei Medici di

COMUNICA

La propria disponibilità a svolgere attività di Continuità Assistenziale presso “ L’Ambulatorio di Codici Bianchi” nel Presidio Ospedaliero di Licata.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- **Di essere/non essere** Medico titolare a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso il Presidio di..... dal
- **Di essere/non essere** iscritto nella graduatoria Aziendale di Continuità Assistenziale valida per l’anno 2022;
- **Di essere/non essere** Medico sostituto a tempo determinato di Continuità Assistenziale in questa ASP;
- **Di avere/non avere** conseguito l’attestato di formazione in Medicina Generale;
- **Di essere/non essere** iscritto al corso di formazione in Medicina Generale;
- **Di essere/non essere** iscritto al corso di Specializzazione.
 - Allego fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.
 - **Di non trovarsi in situazione 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 autocertificazione informativa (allegato “L”).**
 - 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.
 - 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 un nuovo Allegato “L”.

FIRMA

Agrigento, li