

DISPONIBILITA' INCARICO PROVVISORIO DI ASSISTENZA PRIMARIA

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO

Il sottoscritto Dott. nato a il
CODICE FISCALE residente a in
via n. tel cell.
PEC DATA LAUREA CODICE
ENPAM

Visto l'A.C.N. vigente di Medicina Generale.

DICHIARA

DI ESSERE DISPONIBILE all'accettazione dell' incarico provvisorio di assistenza primaria **nell'ambito territoriale di Realmonte Siculiana.**

DI ESSERE A CONOSCENZA dei diritti e dei doveri dei Sanitari incaricati ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale e dell'A.I.R. di Medicina Generale vigenti.

DI NON TROVARSI in situazione 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'A.S.P. di Agrigento, esclusivamente ai fini del presente provvedimento".*

Agrigento, li _____

Firma
