

ISTANZA PER LA PARTECIPAZIONE IN ECCEDENZA ORARIA AL CONFERIMENTO DI INCARICO  
PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DEI PP.OO. AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
P.E.C. [assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it](mailto:assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cell.  
\_\_\_\_\_, P.E.C. \_\_\_\_\_ nella qualità di:

- a) **Medico titolare di Emergenza Sanitaria Territoriale** c/o questa A.S.P. nella postazione M.S.A./P.T.E.  
di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,
- b) **Medico con incarico a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale** c/o questa A.S.P.  
nella postazione M.S.A./P.T.E. di \_\_\_\_\_ con una anzianità complessiva di  
servizio presso l'Azienda A.S.P. di Agrigento pari a mesi \_\_\_\_\_,

COMUNICA

La propria disponibilità ad avere conferito un incarico in eccedenza oraria di n. 12 ore settimanali presso il  
PRONTO SOCCORSO dell'Ospedale di \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 3 dell'A.I.R. di  
Emergenza Sanitaria Territoriale vigente e secondo le procedure di cui all'art. 9 del suddetto A.I.R.

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_