



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie accreditate interne

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
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 nel Presidio di
..... per n. ore settimanali dal al
- 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

.....