

MARCA DA BOLLO
€ 16.00
Solo per i medici **NON**
inseriti nella Graduatoria
Regionale 2023

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 2023 pubblicata sulla GURS Parte I n. 54 del 02/12/2022.

A tal fine dichiara:

- Di essere/non essere incluso nella graduatoria Regionale valida per l'anno 2023 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