

ALL. "A"

**Al Direttore Dipartimento Cure Primarie
E Integrazione Socio Sanitaria**

A.S.P. AGRIGENTO

PEC: dipartimento.cure primarie@pec.aspag.it

Oggetto: Domanda di disponibilità per assegnazione incarichi a tempo determinato nelle UCA dell'ASP di Agrigento.

Il Sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ laureato/a in Medicina e chirurgia il _____ con la votazione _____,

abilitato e iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____ al N. _____ dal _____

residente a _____ Via _____

Cell. _____ P.E.C. (obbligatoria) _____

DICHIARA

- Di essere/non essere incluso nella graduatoria Regionale valida per l'anno 2023 al N. _____ con punti _____;
- Di essere/non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria a ciclo di scelta dal _____ con numero _____ assistiti;
- Di essere/non essere titolare di assistenza primaria ad attività oraria dal _____ presso il Presidio di _____ per n. _____ ore sett.li;
- Di essere/non essere iscritto al corso di formazione in Med. Gen. con decorrenza dal _____
- Di avere/non avere conseguito l'attestato di formazione in Med. Gen. in data _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato di medico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) presso una delle postazioni dei DD.SS.BB. dell'A.S.P. di Agrigento (indicare la zona di interesse e l'ordine di preferenza)

Distretto Agrigento (Sede Agrigento)

Distretto Canicattì – Licata (Sede Canicattì)

Distretto Sciacca – Ribera (Sede Sciacca)

Distretto Casteltermini – Bivona (Sede Cammarata)

Il sottoscritto dichiara 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 28/12/2000 N. 445 ed a tal fine allega alla presente l'allegato "L" e copia del documento d'identità.

Data _____

Firma per esteso