

(allegato A)

AL Dirigente Medico U.O. Gestione Convenzione
Continuità Assistenziale e strutture
Sanitarie Accreditate Interne A.S.P. 1
V.le della Vittoria, 321
AGRIGENTO

Il sottoscritto Dr.

Nato a il

Residente in nella via

CODICE FISCALE.....

Cellulare(obblig.) P.E.C.....(obblig.)

A seguito dell'avviso del

COMUNICA

La propria disponibilità alla mobilità Branca

- Dal Distretto di..... Poliambulatorio di
 - Al Distretto di Poliambulatorio di.....
 - turni
-
- Dal Distretto di..... Poliambulatorio di
 - Al Distretto di Poliambulatorio di.....
 - turni
-
- ai turni che si renderanno disponibili a seguito di tale procedura

A tal fine dichiara:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole del fatto che, in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale, come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R.,

- di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data..... ;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici Provincia di.....;
- di avere conseguito la specializzazione in in data.....;

- Di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento ininterrottamente dal..... per (attuali) n. ore settimanali d'incarico;
- Di prestare servizio presso i seguenti Distretti :
Distretto di..... per n. settimanali;
Distretto di per n. settimanali;
Distretto di per n. settimanali;
- **di non trovarsi in situazioni di incompatibilità**
- **Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali 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.**

Agrigento li

Firma
