

(allegato B)

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.)  
COMUNICA

A seguito dell'avviso del .....

La propria disponibilità all'incremento orario nella Branca .....

Distretto di..... Poliambulatorio di ..... per n. .... settimanali;  
Distretto di..... Poliambulatorio di ..... per n. .... settimanali;  
Distretto di..... Poliambulatorio di ..... per n. .... settimanali;  
Distretto di..... Poliambulatorio di ..... per n. .... settimanali;

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..... i.....;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di.....;
- di avere conseguito la specializzazione in ..... in data.....;
- Di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento dal..... per n. .... ore settimanali d'incarico;
- Di prestare servizio presso i seguenti Distretti :  
Distretto di..... Poliambulatorio di ..... per n. .... settimanali;  
Distretto di..... Poliambulatorio di ..... per n. .... settimanali;  
Distretto di..... Poliambulatorio di ..... per n. .... settimanali;  
Distretto di..... Poliambulatorio 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