



**Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

Al Direttore del Dipartimento Cure Primarie
ed Integrazione Socio Sanitaria
Viale Della Vittoria 321

Agrigento

Il/la sottoscritto Dr..... nato ail.....

Residente innella via.....

cellulare..... Pec.....

specialista ambulatoriale interno nella branca di.....

di prestare servizio presso l'ASP di Agrigento nei seguenti:

Poliambulatori

Ai sensi dell'avviso n. del.....

Comunica

La propria disponibilità all'effettuazione di orario aggiuntivo da espletare presso

il Poliambulatorio di.....

Il sottoscritto dichiara che negli anni precedenti ha avuto una media delle prestazioni

ponderate ora tale da poter accedere ai programmi e ai progetti finalizzati, ai sensi

dell'A.I.R. vigente.

Dichiara inoltre 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.