

**DOMANDA DI DISPONIBILITÀ TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO
DETERMINATO ACN del 31/03/2020 e s.m.i Art .22 comma 1 PUBBLICATI il.....**

ALL'ASP DI AGRIGENTO
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.).....

Telefono.....

COMUNICA

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico Branca il giorno..... da espletare presso

A tal fine dichiara:

- di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
- di avere conseguito la specializzazione in in data.....; presso l 'Università degli Studi di.....
- di avere o non avere procedimenti disciplinare in corso

DICHIARA ALTRESI

- Di essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 10 dell 'A.C.N. della provincia di Agrigento, valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del.....trimestre 2022al posto n._____
- Di non essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 12, ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del.....trimestre 2022 .
- 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 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.

FIRMA

Agrigento, li