

MARCA DA BOLLO  
€ 16.00  
Solo per i medici NON  
inseriti nella Graduatoria  
Regionale 2024

Al Responsabile U.O. Gestione Convenzione  
Continuità Assistenziale A.S.P. 1  
V.le della Vittoria, 321  
AGRIGENTO

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Cod. ENPAM \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria Aziendale dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni nel servizio di Assistenza Primaria ad attività oraria, Guardia Medica Turistica e presso gli Istituti Penitenziari presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale valida per l'anno 2024 pubblicata sulla GURS Parte I n. 49 del 24/11/2023.

\* CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI AI SENSI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/2000

### DICHIARA

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000:

- **di avere** conseguito la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- **di essere** iscritto all'ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con N. Iscrizione \_\_\_\_\_
- **Di essere/non essere** inserito nella Graduatoria Regionale valida per l'anno 2024 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
- **di avere/non avere** conseguito l'attestato di formazione in Med. Gen.le in data \_\_\_\_\_
- **di essere/non essere** iscritto al corso di formazione in Med. Gen.le con decorrenza dal \_\_\_\_\_
- **di essere/non essere** iscritto alla scuola di specializzazione con decorrenza dal \_\_\_\_\_
- **di essere a conoscenza** che le convocazioni mensili per l'attribuzione degli incarichi provvisori non saranno effettuate tramite PEC, fatte salve eventuali convocazioni straordinarie e non programmabili;
- **di impegnarsi a consultare**, qualora interessato, il calendario delle convocazioni per l'attribuzione degli incarichi provvisori di Assistenza Primaria ad attività oraria che sarà pubblicato nel sito Aziendale;
- **di rilasciare il consenso** al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. N. 101/2018. I dati personali saranno trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti.
- **Il Sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare, immediatamente, eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato, comunicazione che deve essere accompagnata dall'invio di nuovo allegato "L".**

Luogo ..... Data ..... Firma .....