

Al Direttore f.f. Dipartimento Cure Primarie
E Integrazione Socio - Sanitaria
A.S.P. 1
V.le della Vittoria, 321
AGRIGENTO

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ nella via _____

CODEICE FISCALE _____

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

COMUNICA

A seguito dell'avviso del _____

La propria disponibilità all'incremento orario 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 aver conseguito la laurea in _____;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____;
- di aver conseguito la specializzazione in _____ in data _____;
- di avere un'anzianità di servizio (anche in altre ASP) a far data dal _____;
- 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 essere consapevole, così come previsto dall'art. 20 comma 2 e comma 5 dell'ACN di categoria vigente, e di percepire l'indennità di disponibilità art. 45 comma 8;
- **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