

**SCHEMA DI DOMANDA**

AL DIRETTORE F.F. DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE  
ASP 1 AGRIGENTO

Il Sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

E residente a ..... Via..... N.....

Cell..... P.E.C. .....

**CHIEDE**

Di essere inserito nella Graduatoria di Codesta Azienda relativa ai Medici **REPERIBILI** per il servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art.12 dell'A.I.R. di Continuità Assistenziale vigente, con preferenza presso il Distretto di:

- DSB AGRIGENTO
- DSB BIVONA
- DSB CANICATTI'
- DSB CASTELTERMINI
- DSB LICATA
- DSB RIBERA
- DSB SCIACCA

Lo scrivente, si impegna ad essere reperibile presso i recapiti telefonici sopra indicati nelle seguenti fasce orarie:

- DALLE ORE **19.00 ALLE 20.30** DI TUTTI I GIORNI FERIALI E FESTIVI;
- DALLE ORE **09.00 ALLE 10.30** DEI SOLI GIORNI PREFESTIVI;
- DALLE ORE **07.00 ALLE 08.30** DEI SOLI GIORNI FESTIVI.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del DPR28/12/00 n. 445 recante il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalla Legge

**DICHIARA**

Di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

Di essersi abilitato all'esercizio della professione nella \_\_\_\_\_ Sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso  
l'università di \_\_\_\_\_

Di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

Di essere Titolare / Non titolare nel servizio della Continuità Assistenziale per ore \_\_\_\_\_ settimanali  
presso il Presidio di \_\_\_\_\_ con anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_

Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale

Di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Medicina Generale della Regione Sicilia con punti  
\_\_\_\_\_

Di frequentare/non frequentare Corso di Formazione in Medicina Generale

Di essere/non essere iscritto a Scuole di Specializzazione

- Di essere consapevole che il diniego della disponibilità opposto per tre (N°3) volte, farà decadere lo scrivente dall'elenco dei medici Reperibili.
- Di non trovarsi in posizione di incompatibilità per ricoprire l'incarico di cui sopra.**

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs N 196/2003 e s.m.i.

Allega alla presente, i sotto elencati documenti;

.....  
.....

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso