

MARCA DA BOLLO
€ 16.00
Solo per i medici **NON**
inseriti nella Graduatoria
Regionale 2025

Al Direttore Dipartimento Cure Primarie
E Integrazione Socio Sanitaria
ASP 1 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 2025 pubblicata sulla **GURS Parte I n. 53 del 29/11/2024**.

* CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' 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 2025 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