

Al Direttore Dipartimento Cure Primarie  
E Integrazione socio sanitaria  
A.S.P. AGRIGENTO

**Oggetto:** Domanda di partecipazione alla mobilità intra-aziendale di Assistenza Primaria ad attività oraria, riservata ai Medici titolari nell'ASP di Agrigento.

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_ **TITOLARE** di Assistenza Primaria ad attività oraria nell' ASP di  
Agrigento dal \_\_\_\_\_ presso il Presidio di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare alla mobilità aziendale riservata ai medici titolari di Assistenza Primaria ad attività oraria, per i posti vacanti nei presidi di continuità assistenziale come da bando pubblicato con nota prot. N. 9265 del 16/01/2025

*Il sottoscritto dichiara 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 28/12/2000 N. 445 ed a tal fine allega alla presente l'allegato "L" e copia del documento d'identità.*

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma per esteso** \_\_\_\_\_