

**DOMANDA DI DISPONIBILITÀ TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA A TEMPO DETERMINATO  
ACN DEL 04/04/2024 ART. 22 COMMA 1 PUBBLICATI IL .....**

Al Direttore 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 \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ (obblig.) P.E.C. \_\_\_\_\_ (obblig.)

Telefono \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico Branca ..... da espletare  
presso..... per n..... sett.li

**A tal fine dichiara:**

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'ordine dei medici provincia di \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_;
- di avere o non avere procedimenti disciplinari in corso

**DICHIARA ALTRESI'**

- Di essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 10 dell'A.C.N. della provincia di Agrigento, valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del trimestre 202.... al posto n. ....
- Di non essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 12
- **Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e di essere 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. 445/2000 a tal fine allega atto notorio.**
- 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 \_\_\_\_\_