

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' 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 lì, _____

Firma _____