



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO  
Sede Legale Viale della Vittoria 321- 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848  
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Al Direttore Generale dell'ASP di Agrigento

Al Direttore del Dipartimento Cure Primarie  
[dipartimento.cureprimarie@pec.aspag.it](mailto:dipartimento.cureprimarie@pec.aspag.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, (con specifico riferimento agli artt. 19, 46 e 47) consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all'articolo 76 del medesimo decreto:

Dichiara

di essere nato a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, c.ell. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

1. **Titolare A TEMPO INDETERMINATO** di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a quota oraria:

a ciclo di scelta nell'Ambito di \_\_\_\_\_ dal\* \_\_\_\_\_

a quota oraria nell'Ambito di \_\_\_\_\_ dal\* \_\_\_\_\_

\* indicare la data di assunzione del primo incarico di titolarità a tempo indeterminato e l'attuale ambito in cui si presta servizio

2. **Titolare A TEMPO INDETERMINATO** da almeno 2 anni nella Azienda presso l'Ambito

---

Dà la propria disponibilità

al completamento dell'impegno settimanale fino al massimale presso codesta Azienda ai sensi dell'articolo 31 comma 3 e dell'articolo 32, comma 8, ACN 4 aprile 2024, con contestuale passaggio al ruolo umico di assistenza primaria.

la presente manifestazione di interesse potrà essere accolta dall'ASP limitatamente alla disponibilità degli ambiti parenti e con le priorità previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei Medici di Medicina Generale.

Data

Firma

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, altresì, dà la propria disponibilità

Alla mobilità presso l'Ambito \_\_\_\_\_  
(compilare solo se interessati alla mobilità intraziendale).

La presente manifestazione di interesse potrà essere accolta dall'ASP limitatamente alla disponibilità degli ambiti parenti e con le priorità previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei Medici di Medicina Generale.

Data

Firma