

(allegato B)

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 _____

CODEICE FISCALE _____

Cellulare _____ (obblig.) P.E.C. _____ (obblig.)

COMUNICA

A seguito dell'avviso del _____

- La propria disponibilità all'accenramento ai sensi dell'art 20 comma 3 Branca _____
- Distretto di _____ Poliambulatorio di _____ per n. _____ settimanali;
- Distretto di _____ Poliambulatorio di _____ per n. _____ settimanali;
- rinunciando contestualmente alle ore espletate presso l'ASP di _____ Poliambulatorio di _____ per n. _____ settimanali;
- rinunciando contestualmente alle ore espletate presso l'ASP di _____ Poliambulatorio di _____ per n. _____ settimanali;

A tal fine dichiara:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni, 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.,

- di aver conseguito la laurea in _____;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____;
- di aver conseguito la specializzazione in _____ in data _____;
- di avere un'anzianità di servizio (anche in altre ASP) a far data dal _____;
- di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento dal _____ per n. _____ ore settimanali d'incarico e presso l'ASP di _____ per n. _____ sett.li e presso l'ASP di _____ per un totale di n. 38 ore sett.li così suddivise:
ASP di _____ Distretto di _____ Poliambulatorio di _____ per n. _____ settimanali;
ASP di _____ Distretto di _____ Poliambulatorio di _____ per n. _____ settimanali;
ASP di _____ Distretto di _____ Poliambulatorio di _____ per n. _____ settimanali;
ASP di _____ Distretto di _____ Poliambulatorio di _____ per n. _____ settimanali;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità;
- 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