

**All'Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO**

Il/La sottoscritto/a Dr.

Nato a il residente a

Via n. C.F.

Cellulare(Obbligat).....**P.E.C.**.....

Manifesta la propria disponibilità in esito all'”**Avviso per i medici disponibili al conferimento di incarico provvisorio di Medico di Assistenza Penitenziaria ai sensi dell’art. 71 dell’ACN vigente per la Casa Circondariale di Agrigento” per un incarico di n. _____ ore settimanali (specificare se 38 ore, 24 ore o 12 ore).**

A tal fine dichiara:

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al n. _____
- **di essere/non essere** inserito nella graduatoria dei Medici disponibili di questa Azienda valida per l'anno 2025;
- **di essere/non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelte, ambito di _____ con n. _____ scelte;
- **di avere/non avere** in atto incarico di assistenza primaria ad attività oraria (ex C.A.) presso il presidio di _____ per n. _____ ore settimanali;
- **di essere/non essere** iscritto al corso di formazione di medicina generale;
- **di avere/non avere** conseguito il corso di formazione di medicina generale in data _____;
- **di essere/non essere** iscritto al corso di specializzazione;
- 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 445/2000 a tal fine allega atto notorio.
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 101/2018.

Data _____

FIRMA
