

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA per RESPONSABILE DI BRANCA di _____ A.S.P. Agrigento Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

ex art. 11 dell'Accordo Integrativo Regionale dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici veterinari e delle altre professionalità ambulatoriali, approvato con D.A. 928 del 02 settembre 2024, ai sensi dell'A.C.N. 04 aprile 2024 e pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 41 del 13 settembre 2024

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
V. le Della Vittoria, 321
PEC: protocollo@pec.aspag.it

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____ (prov. _____) il ____/____/____, Codice Fiscale _____, residente a _____ (prov. _____) in via/corso/piazza/c.da* _____ n. _____, CAP _____, telefono _____, cell. _____, PEC _____@_____, e-mail _____@_____, nella qualità di Medico-Veterinario Specialista Ambulatoriale interno incaricato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, **chiede di essere incluso nella graduatoria per RESPONSABILE DI BRANCA di _____ relativa alla Provincia di Agrigento**

secondo quanto previsto all'art. 11 dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici veterinari e delle altre professionalità ambulatoriali, approvato con D.A. n° 928 del 02 settembre 2024, ai sensi dell'A.C.N. 04 aprile 2024 e pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 41 del 13 settembre 2024

A tal fine, ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del sopra citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara** di essere in possesso dei requisiti di cui al comma 4 art. 19 del vigente A.C.N. 04/04/2024 s.m.i. ed in particolare:

- 1) di essere cittadino italiano;
- 2) di essere iscritto all'Albo Professionale dei _____ presso l'Ordine Provinciale di _____ al n. _____, a far data dal _____ e fino a tutt'oggi;
- 3) di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ nella sessione _____ anno _____ presso l'Università degli Studi di _____
- 4) di possedere il diploma di laurea in _____ conseguito in data _____ presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di _____ riportando la votazione di _____
- 5) di possedere il diploma di specializzazione in _____, conseguito in data ____/____/____ presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di _____ riportando la votazione di _____

Dichiara, altresì:

- 1) che la propria anzianità di servizio nella Branca Specialistica è pari a n° _____ anni e n° _____ mesi;
- 2) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per complessive n° _____ ore sett.li;
- 3) che gli accessi settimanali nell'ambito aziendale dell'ASP di Agrigento sono pari a n° _____

Il sottoscritto, impegnandosi a comunicare per iscritto eventuali variazioni del recapito, dichiara di eleggere il seguente domicilio per qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione:

Via/corso/piazza/c.da _____ n. _____, CAP _____, Comune di _____ (Prov. _____), telefono _____, cellulare _____,

PEC _____@_____

E-mail _____@_____.

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 e del GDPR 679/2016, l'Amministrazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e/o formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della selezione.

Si allega alla presente copia della carta di identità in corso di validità

_____, li _____

Dott. _____

Firma _____