

(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 \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ (obblig.) P.E.C. \_\_\_\_\_ (obblig.)

### COMUNICA

A seguito dell'avviso del \_\_\_\_\_

- o La propria disponibilità all'accentramento 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 lì, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_