

SCHEMA DI DOMANDA

AL DIRETTORE F.F. U.O.C. CURE PRIMARIE
ASP 1 AGRIGENTO

Il Sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

E residente a Via..... N.....

Cell..... P.E.C.

CHIEDE

Di essere inserito nella Graduatoria di Codesta Azienda relativa ai Medici **REPERIBILI** per il servizio di Assistenza Primaria ad attività oraria ai sensi della Norma Transitoria N. 3 dell'A.I.R. del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) vigente, con preferenza presso il Distretto di:

- ☐ DSB AGRIGENTO
- ☐ DSB BIVONA
- ☐ DSB CANICATTI'
- ☐ DSB CASTELTERMINI
- ☐ DSB LICATA
- ☐ DSB RIBERA
- ☐ DSB SCIACCA

Lo scrivente, si impegna ad essere reperibile presso i recapiti telefonici sopra indicati nelle seguenti fasce orarie:

- DALLE ORE **19.00** ALLE **20.30** DI TUTTI I GIORNI FERALI E FESTIVI;
- DALLE ORE **09.00** ALLE **10.30** DEI SOLI GIORNI PREFESTIVI;
- DALLE ORE **07.00** ALLE **08.30** DEI SOLI GIORNI FESTIVI.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del DPR28/12/00 n. 445 recante il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalla Legge

DICHIARA

Di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di

in data con voto

Di essersi abilitato all'esercizio della professione nella Sessione dell'anno presso l'università di

Di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di dal al numero

Di essere Titolare / Non titolare nel servizio della Continuità Assistenziale per ore settimanali presso il Presidio di con anzianità di servizio dal

Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale

Di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Medicina Generale della Regione Sicilia con punti

Di frequentare/non frequentare Corso di Formazione in Medicina Generale

Di essere/non essere iscritto a Scuole di Specializzazione

- ☐ Di essere consapevole che il diniego della disponibilità opposto per tre (N°3) volte, farà decadere lo scrivente dall'elenco dei medici Reperibili.
- ☐ **Di non trovarsi in posizione di incompatibilità per ricoprire l'incarico di cui sopra.**

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs N 196/2003 e s.m.i.

Allega alla presente, i sotto elencati documenti;

.....

.....

Data

Firma per esteso
