

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER ASSEGNAZIONE INCARICO DI SOSTITUZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE
INTERNA ACN DEL 05/02/2026**

Al Direttore F.F. UOC Cure Primarie

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.)

Telefono _____

COMUNICA

La propria disponibilità alla sostituzione (ai sensi dell'art. 36 comma 1 A.C.N vigente) nella Branca di
..... come di seguito:

il giorno.....da espletare presso.....

il giorno.....da espletare presso.....

il giorno.....da espletare presso.....

A tal fine dichiara:

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____;
- di essere iscritto all'ordine dei medici provincia di _____;
- di aver conseguito la specializzazione in _____ data _____;
- di avere o non avere procedimenti disciplinari in corso

DICHIARA ALTRESI'

- Di essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 10 dell'A.C.N. della provincia di Agrigento, valida ai fini dell'assegnazione dell'incarico di sostituzione al posto n.
- Di non essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 12, ai fini dell'assegnazione dell'incarico di sostituzione;
- Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e di essere 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. 445/2000 a tal fine allega atto notorio.
- 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 _____