

MARCA DA BOLLO
€ 14.62
Solo per i medici **NON**
inseriti nella Graduatoria
Regionale

AL Resp. U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base
Azienda Sanitaria Provinciale
V.le della Vittoria, 321
AGRIGENTO

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ nella via _____

Cellulare n. _____ (obbligatorio).

COMUNICA

La propria disponibilità ad assumere incarichi nel servizio della continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale valida per l'anno 2013 pubblicata sulla **GURS Parte I n. 16 del 29/03/2013**.

A tal fine dichiara:

- Di essere/non essere incluso nella graduatoria Regionale valida per l'anno 2013 al posto n.....con punti.....;
- (1) di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data..... con voto...../110;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
- di essere/non essere iscritto al corso di formazione di medicina generale;
- di avere/non avere conseguito il corso di formazione di medicina generale;
- 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.
- Il Sottoscritto si impegna a comunicare con immediatezza, eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

Dati personali

CODICE FISCALE.....

CODICE ENPAM.....

ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI DI.....NUMERO.....

DATA DI LAUREA.....

FIRMA

Agrigento, li

(1) Per i Sanitari laureati dopo il 31/12/1994.