



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407111 – Fax 0922/407291  
Web: [www.aspag.it](http://www.aspag.it); PEC: protocollo@pec.aspag.it

**Al Commissario Straordinario**  
**dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**  
**Viale della Vittoria n. 321**  
**92100 Agrigento**

**Oggetto:** Richiesta cambio SEZIONE elenchi per il conferimento di incarichi legali.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_, già iscritto negli elenchi per l’affidamento degli incarichi legali di codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento alla SEZIONE \_\_\_\_\_ chiede il passaggio alla SEZIONE \_\_\_\_\_ (**scegliere solo una sezione pena inammissibilità della domanda**).

Allo scopo, fermo restando il possesso dei requisiti già dichiarati in sede di inoltre della prima istanza di iscrizione, dichiara di avere preso visione del nuovo Regolamento Aziendale per il conferimento di incarichi legali e del relativo nuovo disciplinare di incarico, dove, tra l’altro, sono pattuiti anche i compensi spettanti per l’attività professionale, come adottati dall’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento n. 623 del 29/03/2019 e di accettarne integralmente il contenuto.

Inoltre, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2013 e s.m.i., esprime consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, per le finalità inerenti la procedura di che trattasi e l’eventuale conferimento degli incarichi professionali

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Agrigento \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_