

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA per RESPONSABILE DI BRANCA**  
**di \_\_\_\_\_ A.S.P. \_\_\_\_\_**

**Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)**

*ex art. 7 dell'Accordo Integrativo Regionale dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici veterinari e delle altre professionalità ambulatoriali, approvato con D.A. 28 agosto 2012 pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 41 del 28 settembre 2012, come modificato dal D.A. del 10 dicembre 2012 pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 54 del 21 dicembre 2012, che ha integrato e sostituito il citato art. 7 e per quanto compatibile con il vigente A.C.N. 31.03.2020 s.m.i.*

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
V.le Della Vittoria, 321  
PEC: protocollo@pec.aspag.it

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in via/corso/piazza/c.da\* \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, nella qualità di Medico Specialista Ambulatoriale interno incaricato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, **chiede di essere incluso nella graduatoria per RESPONSABILE DI BRANCA di \_\_\_\_\_ relativa alla Provincia di \_\_\_\_\_**

secondo quanto previsto all'art. 7 dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici veterinari e delle altre professionalità ambulatoriali, approvato con D.A. 28 agosto 2012 pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 41 del 28 settembre 2012, come modificato dal D.A. del 10 dicembre 2012 pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 54 del 21 dicembre 2012, che ha integrato e sostituito il citato art. 7, e per quanto compatibile con il vigente A.C.N. 31.03.2020 s.m.i..

A tal fine, ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del sopra citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara** di essere in possesso dei requisiti di cui al comma 4 art. 19 del vigente A.C.N. 31.03.2020 s.m.i. ed in particolare:

- 1) di essere cittadino italiano;
- 2) di essere iscritto all'Albo Professionale dei \_\_\_\_\_ presso l'Ordine Provinciale di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_, a far data dal \_\_\_\_\_ e fino a tutt'oggi;
- 3) di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ nella sessione \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- 4) di possedere il diploma di laurea in \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso la Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, riportando la votazione di \_\_\_\_\_;
- 5) di possedere il diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso la Facoltà di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ riportando la votazione di \_\_\_\_\_.

**Dichiara**, altresì:

- 6) che la propria anzianità di servizio nella Branca Specialistica è pari a n. \_\_\_\_\_ anni e n. \_\_\_\_\_ mesi.;
- 7) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per complessive n. \_\_\_\_\_ ore sett.li
- 8) che gli accessi settimanali nell'ambito aziendale dell'ASP di Agrigento sono pari a n. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, impegnandosi a comunicare per iscritto eventuali variazioni del recapito, dichiara di eleggere il seguente domicilio per qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione:

via/corso/piazza/c.da \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), telefono \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_,

PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 e del GDPR 679/2016, l'Amministrazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e/o formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della selezione.

Si allega alla presente copia del documento d'identità

\_\_\_\_\_, *li* \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_