

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA per RESPONSABILE DI BRANCA di Area _____ A.S.P. Agrigento 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
Viale della vittoria, 321CAP 92100
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-Veterinario-Specialista Ambulatoriale Interno, in servizio presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, **chiede di essere incluso nella graduatoria per RESPONSABILE DI BRANCA di Area _____ relativa alla Provincia di Agrigento**

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 Medici Veterinari presso l'Ordine Provinciale di Agrigento al n. _____, a far data dal _____ e fino a tutt'oggi;
- 3) di essere abilitato all'esercizio della professione di Medico Veterinario nella sessione _____ anno _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 4) di possedere il diploma di laurea in Medicina Veterinaria 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) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per lo svolgimento in via esclusiva di attività specialistica ambulatoriale regolamentata dall'A.C.N. presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento a far data dal _____
- 7) di essere in atto titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento quale Medico-Veterinario Specialista Ambulatoriale interno nella Branca di _____ per n. ____ ore sett.li
- 8) di svolgere in atto complessivi n. _____ accessi settimanali presso il distretto di _____ per n. _____ ore settimanali di incarico,

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

Dott. _____

Firma _____