



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE SICILIANA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**

**Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie accreditate interne**

**AL DIRETTORE GENERALE**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**AGRIGENTO**

Il Sottoscritto Dr..... nato a..... il .....  
residente a..... in Via ..... n. ....  
Tel..... Cod. Fiscale ..... Cod. ENPAM .....  
Data laurea ..... Numero iscrizione Ordine dei Medici .....di .....

**DICHIARA DI ACCETTARE**

- L'incarico provvisorio nel servizio della continuità assistenziale nel Presidio di .....  
..... per n. .... ore settimanali dal ..... al .....
- **Di essere a conoscenza** dei diritti e dei doveri dei Sanitari incaricati ai sensi dell'A.C.N. del 29/07/09.
- **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.
- **Di rilasciare il consenso** al trattamento dei dati personali informativa ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679: *"Dichiara di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dell'ASP di Agrigento, esclusivamente ai fini del presente provvedimento"*.

**Agrigento, li .....**

Firma per accettazione

.....