AL Responsabile U.O. Gestione Convenzione
Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie
Accreditate Interne
ASP AGRIGENTO

OGGETTO: Istanza per lo svolgimento di attività di continuità assistenziale presso le "Unità Speciali di Continuità Assistenziale" (U.S.C.A.)

Il/La sottoscritto/a Dott/ssa. .....

Nato a ..... il ..... C.F. .....

Cellulare ..... **P.E.C** .....

Data Laurea ..... Iscrizione Ordine dei Medici di .....

- Medico titolare a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso il Presidio

di ..... Dal .....

- Medico sostituto a tempo determinato di Continuità Assistenziale inserito nella graduatoria Aziendale di Continuità Assistenziale;
- Medico sostituto a tempo determinato di Continuità Assistenziale in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale;
- Medico che frequenta il corso di formazione in Medicina Generale;
- Medico laureato in Medicina e Chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

COMUNICA

La propria disponibilità a svolgere attività di Continuità Assistenziale presso le "Unità Speciali di Continuità Assistenziale" (U.S.C.A.) dell'ASP di Agrigento nella postazione di _____

- Allego fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.
- Autorizzo al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i. e del Reg. UE 2016/679 dell'ASP di Agrigento.

FIRMA

Agrigento, li .....