

Al Direttore del Dipartimento Cure Primarie  
U.O. Convenzioni Gestione Convenzione Continuità  
Assistenziale e Strutture Sanitarie Accreditate Interne Azienda  
Sanitaria Provinciale di Agrigento  
Viale della Vittoria 321 Agrigento  
PEC: [dipartimento.cureprimarie@pec.aspag.it](mailto:dipartimento.cureprimarie@pec.aspag.it)

OGGETTO: UCA ASP di Agrigento

DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI  
di medico delle Unità di Continuità assistenziale (UCA)  
(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_, abilitato  
ed iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P.  
\_\_\_\_\_, domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità **anno 2022** per incarichi temporanei di medico delle Unità di Continuità assistenziale presso le postazioni dei Distretti Sanitari di Base dell'ASP di Agrigento (*indicare con una "x" la/e zona/e di interesse e l'ordine di preferenza*):

- Distretto Agrigento (Sede Agrigento)
- Distretto Canicatti-Licata (Sede Canicatti)
- Distretto Sciacca Ribera (Sede Sciacca)
- Distretto Casteltermini Bivona (Sede Cammarata)

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 ),

**DICHIARA**

(*barrare e compilare la/e voce/i che interessano*)

- di essere iscritto/a all'ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- di aver svolto l'attività di medico USCA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda Usl \_\_\_\_\_ per un totale di n° ore \_\_\_\_\_;
- di essere inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2022 alla posizione n° \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e di aver concluso il prescritto tirocinio in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e di **non** aver ancora concluso il prescritto tirocinio;
- di essere iscritto/a al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma leggibile (\*)

\_\_\_\_\_

(\*) **ATTENZIONE:** La domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato/a ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.