

**AL Commissario Straordinario A.S.P. 1**  
**V.le della Vittoria, 321**  
**AGRIGENTO**

Il sottoscritto Dr. ....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... nella via .....

CODICE FISCALE.....

Cellulare .....(obblig.) P.E.C.(obblig.).....

## **COMUNICA**

La propria disponibilità ad effettuare le ore BIOLOGIA da espletare presso le seguenti sedi (indicando quello interessato) :

- SCIACCA (P.O.)
- BIVONA (Poliambulatorio)

## **DICHIARA**

- Di essere in possesso del titolo specifico richiesto (Biologo con specializzazione in Patologia Clinica) .
- 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 ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 dell'ASP di Agrigento.

FIRMA

Agrigento, li .....

-----