

**MARCA DA BOLLO**

**€. 16,00**

Al Responsabile U.O.  
Gestione Conv. E Budget MMG e PLS  
Viale della Vittoria, 321  
92100 Agrigento

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Cellulare (OBBLIGAT.) \_\_\_\_\_ P.E.C. (OBBLIGAT.) \_\_\_\_\_

CODICE ENPAM \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE VALIDA PER L'ANNO 2024** ai fini dell'assegnazione di incarichi provvisori o di sostituzione di **PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA** presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

A tal fine, il sottoscritto,

**DICHIARA**

- Di essere/non essere incluso nella Graduatoria Regionale di Pediatria valida per l'anno 2024 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
- Di avere conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- Di avere conseguito la Specializzazione in Pediatria in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con il n. . \_\_\_\_\_
- 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. A tal fine allega atto notorio (Allegato L)
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 101/2018
- Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_