(allegato A)

## AL Dirigente Medico U.O. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture Sanitarie Accreditate Interne A.S.P. 1 V.le della Vittoria, 321 AGRIGENTO

Il sottoscritto Dr
Nato ail
Residente in nella via
CODICE FISCALE
Cellulare(obblig.) P.E.C(obblig.)
A seguito dell'avviso del
COMUNICA
La propria disponibilità alla mobilità Branca
<ul> <li>Dal Distretto di</li></ul>
<ul> <li>Dal Distretto di</li></ul>
ai turni che si renderanno disponibili a seguito di tale procedura
A tal fine dichiara: ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole del fatto che, in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale, come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R.,  • di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data;
<ul> <li>di essere iscritto all'ordine dei Medici Provincia di;</li> <li>di avere conseguito la specializzazione inir</li> <li>data;</li> </ul>

•	Di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento ininterrottamente dal per (attuali) n ore settimanali d'incarico;
<b>⊙</b>	Di prestare servizio presso i seguenti Distretti :  Distretto di
Agrigen	