

**Al Responsabile U.O. Gestione Convenzione C.A. e
Strutture Sanitarie accreditate interne
A.S.P. AGRIGENTO**

Oggetto: Domanda di partecipazione alla mobilità intra-aziendale di Assistenza Primaria ad attività oraria, riservata ai Medici titolari nell'ASP di Agrigento.

Il Sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ codice fiscale _____ residente a _____

Via _____ **TITOLARE** di Assistenza Primaria ad attività oraria nell' ASP di

Agrigento dal _____ presso il Presidio di _____ per n. _____

P.E.C. _____ Cell. _____

CHIEDE

Di partecipare alla mobilità aziendale riservata ai medici titolari di Assistenza Primaria ad attività oraria, per i posti vacanti nei presidi di continuità assistenziale come da bando pubblicato con nota prot. N. 9603 del 16/01/2024

Il sottoscritto dichiara 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 28/12/2000 N. 445 ed a tal fine allega alla presente l'allegato "L" e copia del documento d'identità.

Data _____

Firma per esteso
