

SCHEMA DI DOMANDA

AL DIRETTORE F.F. DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
ASP 1 AGRIGENTO

Il Sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

E residente a Via.....N.....

Cell..... P.E.C.

CHIEDE

Di essere inserito nella Graduatoria di Codesta Azienda relativa ai Medici **REPERIBILI** per il servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art.12 dell'A.I.R. di Continuità Assistenziale vigente, con preferenza presso il Presidio di:

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Lo scrivente, si impegna ad essere reperibile presso i recapiti telefonici sopra indicati nelle seguenti fasce orarie:

- DALLE ORE **19.00** ALLE **20.30** DI TUTTI I GIORNI FERIALE E FESTIVI;
- DALLE ORE **09.00** ALLE **10.30** DEI SOLI GIORNI PREFESTIVI;
- DALLE ORE **07.00** ALLE **08.30** DEI SOLI GIORNI FESTIVI.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del DPR28/12/00 n. 445 recante il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalla Legge

DICHIARA

- Di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- Di essersi abilitato all'esercizio della professione nella _____ Sessione dell'anno _____ presso l'università di _____
- Di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____ dal _____ al numero _____
- Di essere Titolare / Non titolare nel servizio della Continuità Assistenziale per ore _____ settimanali presso il Presidio di _____ con anzianità di servizio dal _____
- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Medicina Generale della Regione Sicilia con punti _____
- Di frequentare/non frequentare Corso di Formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto a Scuole di Specializzazione
- Di essere consapevole che il diniego della disponibilità opposto per tre (N°3) volte, farà decadere lo scrivente dall'elenco dei medici Reperibili.
- **Di non trovarsi in posizione di incompatibilità per ricoprire l'incarico di cui sopra.**

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs N 196/2003 e s.m.i.

Allega alla presente, i sotto elencati documenti;

.....
.....

Data _____

Firma per esteso
