

(allegato A)

Al Direttore f.f. Dipartimento Cure Primarie
E Integrazione Socio - Sanitaria
A.S.P. 1
V.le della Vittoria, 321
AGRIGENTO

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ nella via _____

CODEICE FISCALE _____

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

A seguito dell'avviso del _____

COMUNICA

La propria disponibilità alla mobilità Branca _____

- Dal Distretto di _____ Poliambulatorio di _____ (ore acquisite in data _____);
- Al Distretto di _____ Poliambulatorio di _____;
- Turni _____.

- Dal Distretto di _____ Poliambulatorio di _____ (ore acquisite in data _____);
- Al Distretto di _____ Poliambulatorio di _____;
- Turni _____.

DI PARTECIPARE AI TURNI CHE SI RENDERANNO DISPONIBILI A SEGUITO DI TALE PROCEDURA.

- SI**
 NO

A tal fine dichiara:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 4445 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 aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____;
- di essere iscritto all'ordine dei medici provincia di _____;
- di aver conseguito la specializzazione in _____ data _____;

- di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento ininterrottamente dal _____ per (attuali) n. ore settimanali d'incarico;
- Di prestare servizio presso i seguenti Distretti:
Distretto di _____ per n. _____ settimanali;
Distretto di _____ per n. _____ settimanali;
Distretto di _____ per n. _____ settimanali;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità;
- di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali 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.

Agrigento li, _____

Firma
