



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento della Programmazione e della
Organizzazione delle Attività Territoriali e
dell'Integrazione Socio Sanitaria

**U.O.C. Programmazione ed
Organizzazione
delle Attività di Cure Primarie**

**Unità Operativa Medicina Generale e
Pediatria di Libera Scelta**

AVVISO PUBBLICO DELL'ASP DI PALERMO PER LA PREDISPOSIZIONE GRADUATORIA AZIENDALE ANNO 2021 PER LA MEDICINA GENERALE PER CONFERIMENTO INCARICHI PROVVISORI OD AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI.

LE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE (VEDI SCHEMA DI DOMANDA ALLEGATO) CORREDATE DI COPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO, DEVONO PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE LE **ORE 24:00 DEL GIORNO 29/01/2021**.

LE ISTANZE POSSONO ESSERE CONSEGNATE "BREVI MANU" AGLI UFFICI DI PROTOCOLLO DELLA U.O.C. PROGRAMMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI CURE PRIMARIE SITI A PALERMO IN VIA GAETANO LA LOGGIA 5- PADIGLIONE 36 (PIANO TERRA) TUTTI I GIORNI DAL LUNEDI AL VENERDI –ORE 8:30- 13:00 OVVERO INVIATE TRAMITE POSTAELETTRONICA AL SEGUENTE INDIRIZZOPEC: direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org ENTRO LE **ORE 24:00 DEL GIORNO 29 GENNAIO 2021**.

TUTTE LE DOMANDE VALIDE PERVENUTE ENTRO I TERMINI STABILITI SARANNO GRADUATE SECONDO L'ORDINE DI PRIORITA' INDICATO ALL'ART.15 DELL'A.C.N. COME SOSTITUITO DALL'ART.2 DELL'A.C.N. DEL 21/06/2018 E DALL'ART.1 DELL'A.C.N. 18/06/2020

IL Dirigente Medico
Dott. G. Settepani

Direttore della U.O.C.
Programmazione e organizzazione
delle attività di Cure Primarie
Dr Salvatore Sammarco

Schema di Domanda di Partecipazione

Marca da Bollo

Euro 16,00

Al Direttore della U.O.C.
Programmazione e Organizzazione
delle Attività di Cure Primarie
Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo
Pec-mail: direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org
Palermo: Via Gaetano La Loggia n.5 Pad. 36 p.t.

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO DELL'ASP DI PALERMO PER LA PREDISPOSIZIONE GRADUATORIA AZIENDALE ANNO 2021 PER LA MEDICINA GENERALE PER CONFERIMENTO INCARICHI PROVVISORI OD AFFIDAMENTO SOSTITUZIONI

Il/la sottoscritto/a Dott. _____, nato /a _____
_____, il _____ residente a _____
_____ in Via _____ n. _____
Cap. _____ e-mail _____ Cell _____

chiede di partecipare all'avviso pubblico in oggetto.

A tal fine dichiara di:

- essere in possesso del Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____ presso la Università di _____ con la votazione finale di _____;
- aver conseguito l'abilitazione alla professione medica presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
- essere iscritto/a all'albo dell'Ordine dei Medici della provincia di _____ al n. _____ in data _____;
- essere/non essere inserito nella graduatoria Regionale per la Medicina Generale valida per l'anno 2021 con punti _____ pos. n _____;

Si allega:

- copia documento valido di riconoscimento
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Data _____

Firma autografa
