

**AL Responsabile U.O. Gestione Convenzione  
Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie  
Accreditate Interne  
ASP AGRIGENTO**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa. ....

Nato a ..... il ..... C.F. ....

Cellulare(Obligat).....P.E.C.....

**COMUNICA**

La propria disponibilità a svolgere attività di Continuità Assistenziale presso la Casa Circondariale di Agrigento/Sciacca per N. 24 ore sett.li

**A tal fine dichiara:**

- Di essere/non essere incluso nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2023 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
- di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
- **di essere/non essere** iscritto al corso di formazione di medicina generale;
- **di avere/non avere** conseguito il corso di formazione di medicina generale in data \_\_\_\_\_;
- **di essere/non essere** iscritto al corso di specializzazione;
- di essere/non essere incluso nella Graduatoria dei Medici disponibili di questa Azienda valida per l'anno 2023;
- 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 445/2000 a tal fine allega atto notorio.
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 101/2018.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_