



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

U.O.C. Cure Primarie

Via La Loggia 5, – 90129 Palermo Tel: 091 7034004 – 4006-3906

EMAIL: direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org

Allegato A

Al Direttore dell'U.O.C. Cure Primarie

Dr. Salvatore Vizzi

ASP Palermo

DOMANDA DI DISPONIBILITÀ PER INCARICHI TEMPORANEI

di medico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

SCRIVERE A STAMPANELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____, con la votazione di _____,
abilitato ed iscritto /a all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____ dal _____
C.F. _____ Residente _____ via/piazza _____ n. _____
CAP _____ Tel/Cell _____ PEC (obbligatoria) _____
Email _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità anno 2023 per incarichi temporanei di medico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) dell' ASP di Palermo.

A tal fine, ai sensi ed effetti del DPR n.445 del 28/12/2000 consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione ed uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (Art.76 del DPR n.445/2000).

DICHIARA

(Barrare e compilare la/e voce/i che interessano)

- Di essere MMG dal _____ presso l'ambito territoriale _____ n. assistiti _____
- Di essere titolare di C.A. dal _____ presidio di _____ DSB n. _____
- Di essere inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2023 alla posizione n. _____ con il punteggio di _____
- Di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il _____ presso _____
- Di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____
- Di essere iscritto/a al corso di specializzazione in _____ dal _____ presso _____

Luogo e data _____

Firma Leggibile _____

La Domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato/a ed accompagnata dalla fotocopia di un suo documento d'identità in corso di validità.

Con la sottoscrizione della presente, il sottoscritto dichiara di essere informato/a ai sensi del regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs n. 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data _____

Firma _____