ASP Palermo - Protocollo n. 209198/2025 del 18/04/2025

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Allegato A

ISTANZA DI DISPONIBILITÀ
ISTITUZIONE TEMPORANEA PUNTO DI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO – CALTAVUTURO – DISTRETTO 37
ASP PALERMO

Da inoltrare a mezzo PEC all'indirizzo: *direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org* entro il **30 Aprile 2024.**

Al Direttore dell'U.O.C. Cure primarie
ASP - PALERMO

Il/la sottoscritt....Dr/Dr.ssa.....
nat.... a .....(prov.....) il .....
Residente in..... (prov.....) C.F. .....
Via ..... n°..... CAP.....
Cell..... PEC.....
Email.....

DICHIARA

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data.....
2. Di essere abilitato all'esercizio della professione nella .....sessione del.....
3. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di ..... dal .....al n°.....
4. Di essere in possesso del diploma di specializzazione in ..... conseguito il __/__/___ presso l'Università degli Studi di .....
5. Di essere/non essere convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale per la Pediatria di libera scelta.

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 N° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

COMUNICA

La propria disponibilità a svolgere attività presso il Punto di Primo Intervento Pediatrico di Caltavuturo attivo nelle giornate di martedì e giovedì nelle seguenti fasce orarie: il **martedì dalle ore 10.00 alle ore 13.00 ed il giovedì dalle ore 15.00 alle ore 18.00**.

ACCLUDE

☐ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità

☐ Autorizza al trattamento dei dati ai sensi del Dlg n° 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data..... Firma .....