

**MARCA DA BOLLO**

**16 €**

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

**Dr. Salvatore Vizzi**

**ASP Palermo**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI PROVVISORI DI MEDICINA PENITENZIARIA**

(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 per incarichi provvisori di Medicina Penitenziaria 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 inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2025 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 \_\_\_\_\_;
- Di avere svolto attività all'interno di Istituti Penitenziari dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_ (come da Allegato A1);

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 \_\_\_\_\_