



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

Al Direttore Generale dell'ASP di Palermo
Al Direttore del Distretto di _____
Al Direttore del Dipartimento Cure Primarie

Il/La sottoscritt _____ sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, (con specifico riferimento agli artt. 19, 46 e 47) consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all'articolo 76 del medesimo decreto:

Dichiara

di essere nato a _____ prov. di _____

il _____ e di essere residente a _____ prov. di _____

Via _____ n. _____ c.a.p. _____

C.F. _____, c ell. _____

PEC _____

In servizio presso l'A.F.T. _____ del Distretto Sanitario di _____

Di appartenere alla seguente categoria:

- ☐ medici RUAP dell'AFT che hanno esaurito il debito orario, in forma di disponibilità, pari a 12 ore settimanali;
- ☐ medici di assistenza primaria a quota oraria (ex C.A.) a completamento dell'attività oraria (fino alle 38 h/sett)
- ☐ altri medici dell'AFT che non hanno optato per il RUAP, per un massimo di 12 ore settimanali;
- ☐ medici presenti nella graduatoria aziendale di disponibilità per le sostituzioni RUAP secondo ordine di graduatoria;
- ☐ medici presenti nella graduatoria regionale RUAP secondo ordine di graduatoria;
- ☐ medici con diploma di formazione specifica non presenti in graduatoria aziendale;
- ☐ medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale non presenti in graduatoria aziendale;
- ☐ medici abilitati e iscritti all'Albo privi del titolo di formazione specifica;
- ☐ medici che frequentano le scuole di specializzazione mediche;

Dà la propria disponibilità

al conferimento di incarichi temporanei e/o sostituzioni ad attività oraria per la copertura dei turni vacanti di continuità assistenziale dal 01/08/2026 al 31/10/2026.

La presente manifestazione di interesse potrà essere accolta dall'ASP limitatamente alla disponibilità degli ambiti carenti e con le priorità previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei Medici di Medicina Generale.

Allega copia fotostatica di un documento d'identità

Data

Firma