



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
*Dipartimento della Programmazione e della Organizzazione delle Attività Territoriali e
dell'integrazione Socio-Sanitaria*
U.O.C. di Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
Via G. La Loggia, 5 - 90129 Palermo tel. 091- 7034004 - 7033906 - fax 091 70333601

PROT. N° 9498

PALERMO LI, 24/06/2021

**AVVISO URGENTE DI DISPONIBILITA' PER EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER I MESI DI LUGLIO - AGOSTO - SETTEMBRE 2021.**

I Sig.ri medici neo abilitati e iscritti all'Ordine dei Medici, nelle more della riapertura dei termini di inserimento negli elenchi graduati per le sostituzioni di C.A., possono dare disponibilità entro il 28/06/2021 per eventuali incarichi provvisori nei presidi di continuità assistenziale insistenti nell'ambito territoriale dell'ASP di Palermo.

La convocazione è stabilita per il giorno 29 Giugno 2021 alle ore 9.00 presso l'Ufficio per la Continuità Assistenziale, Via La Loggia, 5 - Palermo - PAD. 38, piano I°.

Il Dirigente Medico
Ufficio per la C.A.
(Dr. Giuseppe Profico)



Il Direttore dell'U.O.C.
Programmazione e Organizzazione
delle Attività di Cure Primarie
(Dr. Salvatore Sammarco)

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

U.O.C. di Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
Ufficio per la Continuità Assistenziale

Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo tel. 091- 7034004 - 7033906 e 7034006 fax 091 703 3361

**DISPONIBILITA' URGENTE PER EVENTUALI INCARICHI TEMPORANEI PER LA CONTINUITA'
ASSISTENZIALE MESI DI LUGLIO - AGOSTO - SETTEMBRE 2021**

__L__ sottoscritt__ Dr. _____ CF _____

nat__ a _____ Prov. _____ il _____ Residente in _____ ()

Via _____, _____ cell _____ e-mail _____;

dichiara di essersi laureato in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università degli

Studi di _____ con la seguente votazione _____

di essersi abilitato presso l'Università degli Studi di _____ nella _____ sessione dell'anno _____;

di essere iscritt__ all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n° _____;

CHIEDE

di essere inserit__ nell'elenco dei Medici disponibili per le sostituzioni di Continuità Assistenziale nell'ambito dei Presidi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo per i mesi di Luglio - Agosto e Settembre 2021.

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.

Il/La sottoscritt dichiara altresì, di essere informat , ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679UE e del codice della Privacy, D.Lgs 196/2003 e s.m.i. E che I dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale, che il Titolare del trattamento dei dati è; che il Responsabile del trattamento dei dati il legale rappresentante dell'Azienda.

li _____

Firma* _____

*) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, le istanze e le dichiarazioni di atto notorio sono presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.