**Modulo ‘’B’’**

**BOLLO**

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

R**ICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI AZIENDALI DEI MEDICI DISPONIBILI AD INCARICHI TEMPORANEI PER LA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE - ANNO 2019**

**\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_ Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_)**

**tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:**

**dichiara di essersi laureato in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli**

**Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la seguente votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **di essersi abilitato presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella \_\_\_\_\_\_\_ sessione**

 **dell’anno\_\_\_\_\_\_ ;**

**di essere iscritt\_\_ all’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_\_\_ ;**

**Dichiara di essere in possesso dell’attestato specifico in Medicina Generale conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C H I E D E**

**In ottemperanza al nuovo A.C.N. reso esecutivo il 23/03/2005, come rinnovato in data 29/07/2009, e in riferimento all’Accordo Regionale di Assistenza Primaria pubblicato sulla GURS del 15/10/2010 parte I° n° 45, fermo restando quanto previsto dall’art. 70 del succitato A.C.N. secondo quanto disposto con decreto n. 9324 del del 19/12/2006 e alla luce del parere S.I.S.A.C. n° 372 del del 23/06/2009 e ai sensi della Legge 448/2001 (Finanziaria 2001) di essere inserit\_\_\_ negli elenchi graduati dei Medici disponibili per le sostituzioni di Continuità Assistenziale nell’ambito dei Presidi dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo. A tal uopo**

**DICHIARA**

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’:**

* **di impegnarsi a comunicare con immediatezza, all’U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - Ufficio per la Continuità Assistenziale di Palermo, dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, eventuale insorgenza di incompatibilità od ogni altra variazione di quanto dichiarato;**
* **di essere a conoscenza che le convocazioni mensili per l’attribuzione degli incarichi di sostituzione non saranno effettuate con telegrammi, fatte salve eventuali convocazioni straordinarie e non programmabili;**
* **di impegnarsi a consultare, qualora interessato, il calendario delle convocazioni per l’attribuzione degli incarichi di sostituzione di Continuità Assistenziale che sarà pubblicato nel sito Aziendale ed affisso nell’Albo dell’U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - Ufficio per la Continuità Assistenziale di Palermo nel sito ufficiale dell’ASP-Palermo (Continuità Assistenziale Palermo).**

**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.**

**PALERMO, LI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **F I R M A**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**