**BOLLO Modulo DS**

REGIONE SICILIANA

# AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

# DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

**UOC di Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie**

***Ufficio per la Continuità Assistenziale***

**Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo - tel. 091 7033906 e 7034006 fax 091 703 3661**

**RICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELNCHI AZIENDALI DEI MEDICI DISPONIBILI AD INCARICHI**

**TEMPORANEI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIAE - ANNO 2019.**

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

**nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_**

**tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**laureato in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con la votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; abilitato presso l’Università degli Studi**

**di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella \_\_\_\_\_\_\_ sessione dell’anno\_\_\_\_\_\_\_ , di essere iscritt\_\_ all’Ordine dei**

**Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n°\_\_\_\_\_\_\_\_**

**di frequentare il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno del Corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso:**

**l’ Università degli STUDI di:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C H I E DE**

**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 frequentare il \_\_\_\_\_ anno del Corso di Specializzazione i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso**

**L’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **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, ogni altra variazione di quanto dichiarato, anche ai fini del reinserimento nella corretta lista dei medici disponibili;**
* **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, dell’Azienda Sanitaria Provinciale di 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**

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