

**ISTANZA DI ADESIONE/CONFERMA AL PIANO AZIENDALE DI UTILIZZO DELLE ORE DI PLUS ORARIO PER L'ANNO 2022**

(da inviare all'indirizzo PEC [continuitaassistenziale.pec@asppa.it](mailto:continuitaassistenziale.pec@asppa.it) entro il **10 LUGLIO 2022**)

**AL DIRETTORE DELLA U.O.C. PROGRAMMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI CURE PRIMARIE  
ASP - PALERMO**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_  
tel. cellulare \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- Di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_; con votazione \_\_\_\_\_;
- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di C.A. presso l'ASP di Palermo dal \_\_\_\_\_;
- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria dal \_\_\_\_\_  
e si avere attualmente in carico n. \_\_\_\_\_ assistiti;
- Di essere coordinatore del Presidio di C.A./P.P.I di \_\_\_\_\_ DS n. \_\_\_\_\_
- Di essere attualmente assegnatario di incarico di plus orario presso:
  - PPI \_\_\_\_\_
  - AICB \_\_\_\_\_
  - RADDOPPIO DI C.A. \_\_\_\_\_
  - ATTIVITA' PRESSO IL DISTRESSO SANITARIO N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_
- Di essere disponibile ad effettuare ore di plus presso:
  - PPI \_\_\_\_\_
  - AICB \_\_\_\_\_
  - RADDOPPIO DI C.A. \_\_\_\_\_
  - ATTIVITA' PRESSO IL DISTRESSO SANITARIO N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_
- Di essere disponibile ad effettuare ulteriori ore di plus presso:
  - PPI \_\_\_\_\_
  - AICB \_\_\_\_\_
  - RADDOPPIO DI C.A. \_\_\_\_\_
  - ATTIVITA' PRESSO IL DISTRESSO SANITARIO N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_

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.*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico  
\_\_\_\_\_