

# ISTANZA CONFERMA ADESIONE AL PIANO AZIENDALE DI UTILIZZO DELLE ORE DI PLUS ORARIO PER L'ANNO 2024

da inviare all'indirizzo PEC: [graduatoriecureprimarie.pec@asppa.it](mailto:graduatoriecureprimarie.pec@asppa.it) entro il **13/05/2024**

Al Direttore del Dipartimento  
CURE PRIMARIE

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

Nat. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

(Medici ad unico rapporto: INDICARE LE ORE SEI (6) PREVISTE DALL'AIR VIGENTE)

(Medici a doppio rapporto: INDICARE LE ORE QUATTRO (4) PREVISTE DALL'AIR VIGENTE)

- PPI \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_ /Sett.  AICB \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_ /Sett.  
 RADDOPPIO DI C.A. \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_ /Sett.  
 ATTIVITA' PRESSO IL DISTRETTO SANITARIO DI BASE N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_ /Sett.

DISPONIBILE AD EFFETTUARE ULTERIORI ORE DI PLUS

Qualora esista disponibilità di ore, PRESSO:

- PPI \_\_\_\_\_  
 AICB \_\_\_\_\_  
 RADDOPPIO DI C.A. \_\_\_\_\_  
 ATTIVITA' PRESSO IL DISTRETTO SANITARIO DI BASE N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_

## DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; con voto \_\_\_\_\_
- di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato di C.A. presso l'ASP di Palermo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; •
- di essere titolare a tempo indeterminato di C.A. ad unico rapporto di convenzione
- di essere titolare a tempo indeterminato di C.A. a Doppio Rapporto di convenzione con la MG con un numero di assistiti pari a \_\_\_\_\_;
- di essere Coordinatore presso il presidio di \_\_\_\_\_ del DSB N° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;

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 informato, 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.

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

Firma del Medico

\_\_\_\_\_