

**ISTANZA CONFERMA ADESIONE AL PIANO AZIENDALE  
DI UTILIZZO DELLE ORE DI PLUS ORARIO PER L'ANNO 2021**  
(da inviare all'indirizzo PEC [continuitaassistenziale.pec@asppa.it](mailto:continuitaassistenziale.pec@asppa.it) entro il 31MARZO 2021)

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

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

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

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

CAP \_\_\_\_\_ E-MAIL - 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.  ICB \_\_\_\_\_ 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 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.

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

Firma del Medico

\_\_\_\_\_