**REGIONE SICILIANA**

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO**

**U.O.C. Cure Primarie**

**Ufficio per la Continuità Assistenziale**

**Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo tel. 091- 7034004 - 7034006**

**FASCIA A**

**AL DIRETTORE U.O.C.**

**CURE PRIMARIE**

**RICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI AZIENDALI DEI MEDICI DISPONIBILI AD INCARICHI TEMPORANEI PER LA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE - ANNO 2024-**

\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_ Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la seguente votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essersi abilitato presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nella \_\_\_\_\_\_ sessione dell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

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

di essere inserit\_\_\_\_nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale \_\_\_\_\_\_ con posizione n.\_\_\_\_\_;punteggio\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

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**

· 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 e sul 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.**

*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 il legale rappresentante dell'Azienda.*

*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 il legale rappresentante dell'Azienda.*

\_\_\_\_\_\_\_\_*\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***Firma****\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(\*) Ai sensi dell’art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, le istanze e le dichiarazioni di atto notorio sono presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.*