

BOLLO

REGIONE SICILIANA

DS

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

U.O.C. di Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie

Ufficio per la Continuità Assistenziale

Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo tel. 091- 7034004 - 7033906 e 7034006 fax 091 703 3361

RICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI AZIENDALI DEI MEDICI DISPONIBILI AD INCARICHI TEMPORANEI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE - ANNO 2021

__L__ sottoscritt__ Dr. _____ CF _____

nat__ a _____ Prov. _____ il _____ Residente in _____ (____)

Via _____, _____ cell _____ e-MAIL _____;

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 frequentare il _____ anno del Corso di Specializzazione in _____ presso:

l' Università degli Studi di: _____

CHIEDE

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; che il Responsabile del trattamento dei dati 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.