

**Al Direttore dell'U.O.C. Cure Primarie  
Dr. Salvatore Vizzi  
ASP Palermo**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI  
di medico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)  
(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

**SCRIVERE A STAMPANELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_, abilitato ed iscritto /a  
all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_ PEC (obbligatoria) \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità anno 2022 per incarichi temporanei di medico delle Unità di Continuità Assistenziale dell' ASP di Palermo.

A tal fine, ai sensi ed effetti del DPR n.445 del 28/12/2000 consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione ed uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (Art.76 del DPR n.445/2000).

DICHIARA

(Barrare e compilare la/e voce/i che interessano)

- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Di avere svolto attività di medico USCA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'ASP di \_\_\_\_\_
- Di essere inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2022 alla posizione n. \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_
- Di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Di essere Laureato in Medicina Generale e iscritto all'ordine dei Medici n. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto/a al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma Leggibile

La Domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato/a ed accompagnata dalla fotocopia di un suo documento d'identità in corso di validità.

Con la sottoscrizione della presente, il sottoscritto dichiara di essere informato/a ai sensi del regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs n. 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_