

ISTANZA CONFERMA ADESIONE AL PIANO AZIENDALE DI UTILIZZO DELLE ORE DI PLUS ORARIO PER L'ANNO 2023

da inviare all'indirizzo PEC continuitaassistenziale.pec@asppa.it entro il **16/05/2023**

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. 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 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
