

Marca da Bollo € 16.00

Al Commissario Straordinario A.S.P. di Enna

Il/la sottoscritt\_ Dr./ssa \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università di

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_ ed abilitato/a nella \_\_\_\_\_

sessione dell'anno \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine Professionale dei Medici della Provincia di

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

chiede

di essere inserito/a nella graduatoria del settore sotto indicato, da utilizzare per l'anno 2023, per il conferimento di incarichi in codesta ASP,

- ⋄ Continuità Assistenziale – Incarichi a tempo determinato
- ⋄ Continuità Assistenziale - Reperibilità

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva del settore di Assistenza Primaria - Continuità Assistenziale – Emergenza Territoriale valida per il 2023, in posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale acquisito in data \_\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere in possesso dell'Idoneità all'Esercizio dell'Attività di Emergenza (118) acquisito in data \_\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_;
- di frequentare / non frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale, polo di \_\_\_\_\_
- di essere/non essere iscritto/a al Corso di Specializzazione di \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- di detenere incarico come medico di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero(\*).

Allega copia fotostatica di un documento d'identità.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(\*)Dichiarazione resa ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445 del 28/12/2000.