

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.