Marca da Bollo € 16.00

**Al Direttore Generale 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 2021, per il conferimento di incarichi a tempo determinato o di reperibilità in codesta ASP,

* Assistenza Primaria
* Continuità Assistenziale
* Emergenza Sanitaria Territoriale ***( segnare i settori cui si è interessati )***

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 2021, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

*Allega copia fotostatica di un documento d’identità.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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