

Marca da Bollo € 16.00

Al Direttore Generale A.S.P. di Enna

Il/la sottoscritt_ Dr./ssa _____
 nat_ a _____ il _____ Codice Fiscale _____
 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° _____, di essere in possesso delle seguente
 specializzazione in _____ conseguita il _____ presso
 l'Università di _____ con voto _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria del settore sotto indicato, da utilizzare per l'anno 2022, per il conferimento di incarichi in codesta ASP,

- Medici Specialisti ed Odontoiatri: branca di _____
- Medici Veterinari: area _____
- Biologi _____
- Chimici _____
- Professionisti Psicologi _____
- Professionisti Psicoterapeutici _____

giusto avviso pubblico per la predisposizione di graduatorie di Specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione ai sensi del **comma 12 art. 19 dell'ACN del 31/03/2020** che disciplina i rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali

A tal fine acclude autocertificazione informativa, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Allega copia fotostatica di un documento d'identità.

_____ li _____

Firma

Il/a Sottoscritto/a dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

_____ li _____

Firma

*La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____

con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale - Enna
U.O.C. CURE PRIMARIE
Il Dirigente
Dott. F. La Tona