

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 Direttore  
Dott. F. La Tona