

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**

in esito all'avviso pubblico di cui alla Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, di essere inserito/a nella graduatoria del settore sotto indicato, da utilizzare per l'anno 2024, per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzioni, in codesta ASP:

- Assistenza Primaria ad attività oraria
- Assistenza Primaria ad attività oraria - (Reperibilità)

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

**dichiara:**

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva del Settore di Assistenza Primaria ad attività oraria, valida per l'anno 2024, 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 iscritto/a al Corso di Specializzazione di \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- di frequentare / non frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale, polo di \_\_\_\_\_;

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_