

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
