

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 2025, per il conferimento di incarichi: provvisori, a tempo determinato o di sostituzioni, in codesta ASP

- Assistenza Primaria a ciclo di scelta
- Assistenza Primaria ad attività oraria
- Emergenza Sanitaria Territoriale
- Reperibilità
- Reperibilità (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 a ciclo di scelta – Assistenza Primaria ad attività oraria - Emergenza Sanitaria Territoriale, valida per l'anno 2025, 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 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 \_\_\_\_\_;

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

Allega copia fotostatica di un documento d'identità.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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