

MARCA DA BOLLO
€ 16,00
solo per i medici NON inseriti
nella Graduatoria Regionale

AL DIRETTORE GENERALE
A.S.P. CATANIA
Via S. Maria La Grande 5
95124 CATANIA

Oggetto: **Continuità Assistenziale – Disponibilità Annuale per incarichi di sostituzione e reperibilità nel servizio di Continuità Assistenziale.**

Il/la sottoscritt. Dott.....
(Cognome) (Nome)
nat_ a.....il.....
codice fiscale.....
residente a (Comune)..... CAP.....
via/piazza......n°.....
tel.....cell.....
@pec (obbligatoria).....

DICHIARA

di essere disponibile ad effettuare attività nel Servizio di Continuità Assistenziale in qualità di:

- Medico sostituto a decorrere dal.....
- Ovvero, in atto non disponibile e comunicherà successivamente la data di disponibilità
- Medico reperibile
- Medico sostituto presso Istituti Penitenziari

Accetto che ogni comunicazione in merito venga inviata sulla mia pec o indirizzata presso:

- la propria residenza
- il proprio domicilio

c/o
(Cognome) (Nome)

ComuneCAP..... prov.....

Indirizzo.....n°.....

Allega alla presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e fotocopia documento identità.

*Ai sensi dell'art. 13 del D.Leg. 196/2003 si informa che i dati personali contenuti nel presente Modello saranno trattati unicamente per i fini di cui all'oggetto. Manifesto il mio consenso al trattamento ai dati personali ai sensi dell'art. 23 del D.Leg. 196/2003.

Data.....

Firma.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000)

Il / la sottoscritto / a _____
(cognome) (nome)

nato / a a _____ (_____) il _____
(prov.)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

DICHIARA

di essere residente a (Comune) _____ Cap. _____

Via/Piazza _____ n° _____

Tel. _____ tel.cell. _____

di essere laureato in Medicina e Chirurgia il _____ con voto _____

di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Prov. di _____

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Continuità Assistenziale valida

per l'anno _____ posizione n° _____ punteggio _____

di essere in possesso di attestato di Formazione per la Medicina Generale

ovvero di essere iscritto a:

Scuola di specializzazione di _____ dal _____ al _____

Corso di formazione di Medicina Generale dal _____ al _____

Dottorato di ricerca presso il _____ dal _____ al _____

Altro _____

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art.38 DPR 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'ufficio: "Direttore Generale" ASP CATANIA – Via Santa Maria La Grande-5– 95124 - Catania Tel. 095/2545813.