

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: **Emergenza Sanitaria Territoriale – Disponibilità Annuale per incarichi temporanei di E.S.T.**

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 Emergenza Sanitaria Territoriale in qualità di:

Medico sostituto per il Servizio di E.S.T. c/o 118 a decorrere dal.....

ovvero, in atto non disponibile e comunicherà successivamente la data di disponibilità

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

la propria residenza

il proprio domicilio

c/o .....

(Cognome)

(Nome)

Comune .....CAP.....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. \_\_\_\_\_ 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 Emergenza Sanitaria Territoriale 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.