

MARCA DA BOLLO
€ 16,00
Solo per i medici
NON inseriti nella
Graduatoria Reg.le

AL SIG. DIRETTORE DELL'U.O.C. A.S.B.
A.S.P. Catania
Via Vecchia Ognina, 14

95131 CATANIA

Oggetto: Continuità Assistenziale – Disponibilità annuale per incarichi di sostituzione e reperibilità nel Servizio di Continuità Assistenziale.

Il/lasottoscritt...Dott.....
(Cognome) (Nome)
nato a.....il.....
codice fiscale.....
residente a (Comune).....CAP.....
via/piazza.....n°.....
tel.....
@ 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 a decorrere dal.....**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzato presso:

___ la propria residenza

___ il seguente recapito:

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. _____

_ 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 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 competente: ASP Catania "Servizio Medicina di Base"- Via Vecchia Ognina 14-95131 Catania Fax-095/2545860-Tel.-095/2545811-095/2545813