

# Schema di Domanda di Partecipazione

Marca da Bollo  
Euro 16,00  
(per i non iscritti in graduatoria regionale)

Al Direttore U.O.C.  
Cure Primarie  
Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo  
pec-mail: direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org  
Palermo: Via Gaetano La Loggia n° 5 Pad. n° 36 p.t.

**OGGETTO:** Avviso pubblico del 22.03.2022 per la stesura di una graduatoria aziendale per eventuale conferimento di incarichi convenzionati a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui all'A.C.N. di Medicina Generale in atto vigente, presso le Postazioni M.S.A. e PP.TT.EE. dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_;

chiede di partecipare all'avviso pubblico in oggetto.

A tal fine dichiara di:

- essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la Università di \_\_\_\_\_ con la votazione finale di \_\_\_\_\_;
- aver conseguito l'abilitazione alla professione medica presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- essere/non essere inserito nella graduatoria regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale valida per l'anno 2022 con punti \_\_\_\_\_ pos. n° \_\_\_\_\_;
- essere in possesso di Attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui all'art. 96 dell'A.C.N. di Medicina Generale del 29 Luglio 2009 e s.m.i. conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- essere/non essere in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_
- di essere/non essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Si allega:

- copia dell'Attestato di Idoneità all'Attività di Emergenza Sanitaria Territoriale
- copia del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale
- copia documento valido di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma autografa  
\_\_\_\_\_