



All.

**ISTANZA DI DISPONIBILITÀ
ISTITUZIONE TEMPORANEA PUNTO DI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO
PEDIATRICO – PETRALIA – ATTIVO NEI GIORNI FERIALI (LUNEDI'-VENERDI')
DALLE ORE 10.00 ALLE ORE 20.00**

Da inoltrare a mezzo PEC all'indirizzo: direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org entro le ore 23.59 del 16 APRILE 2024.

Al Direttore dell'U.O.C. Cure primarie
ASP - PALERMO

Il/la sottoscritt... Dr/Dr.ssa.....
nat.... a(prov.....) il
Residente in..... (prov.....) C.F.
Via n°..... CAP.....
Cell..... PEC.....
Email.....

DICHIARA

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data.....
2. Di essere abilitato all'esercizio della professione nella sessione del.....
3. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di dal al n°.....
4. Di essere in possesso del diploma di specializzazione in conseguito il __/__/__ presso l'Università degli Studi di
5. Di essere/non essere convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale per la Pediatria di libera scelta.

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 N° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

COMUNICA

La propria disponibilità a svolgere attività presso il Punto di Primo Intervento Pediatrico di Petralia nei giorni feriali (dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 20.00).

ACCLUDE

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Autorizza al trattamento dei dati ai sensi del Dlg n° 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data.....

Firma