

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
U.O.C. Cure Primarie



Via La Loggia 5, - 90129 Palermo tel. 091- 7034004 - 7033123 - 7034031

Al Direttore del Dipartimento
CURE PRIMARIE

(da inviare all'indirizzo PEC: graduatoriecureprimarie.pec@asppa.it entro il 13 MAGGIO 2024

__ L __ sottoscritt __ Dr. _____

nat __ a _____ Prov. ____ il ____ / ____ / ____

Residente in Via _____ N° _____

Citta' _____ (Prov ____) Cellulare N° _____

di essere iscritto all'ordine dei Medici di _____ al N° _____

CHIEDE

di Partecipare all'Attribuzione dei posti di **GUARDIA MEDICA TURISTICA** per l'ANNO 2024, così come previsto dalla nota Prot./S.1 n. 0016109 del 05/04/2024 dell'Assessorato della Salute - Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica - Servizio 1° "Personale del S.S.R. - Dipendente e Convenzionato", della Deliberazione n. 000547 del 24/04/2024 "Attivazione Postazioni di Guardia Medica Turistica anno 2024".

di essere inserito nella Fascia di propria pertinenza come di seguito specificata:
(barrare la casella di pertinenza)

DICHIARA

di essere **MEDICO TITOLARE** di Continuità Assistenziale presso il Distretto N° _____ di _____
Presidio di _____ dal ____ / ____ / ____

FASCIA A) di essere iscritto in Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale valida per l'anno 2024 approvata con D.D.G. n. 955/2023 del 26/09/2022, pubblicato sulla GURS (parte I) n. 49 - anno 77° del 24 Novembre 2023 e s.m.i. N° posizione _____ con il punteggio di _____

FASCIA B) di essere in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito il _____; laureato il _____ con voto di _____

FASCIA B/2) di frequentare il ____ anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso _____; di essere laureato in Medicina e Chirurgia dal _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____

FASCIA C) di essere laureato in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto di _____; di essere abilitato presso l'Università degli Studi di _____ Sessione _____;

FASCIA DS) di essere laureato in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto di _____; di essere abilitato presso l'Università degli Studi di _____ Sessione _____; di frequentare il ____ anno del Corso di Specializzazione in _____

PALERMO, LI _____

FIRMA
