**Al DIRETTORE DEL**

 **DISTRETTO SANITARIO N° \_\_\_\_\_**

 **Di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **ASP - PALERMO**

**OGGETTO :** Disponibilità per sostituzioni pari o inferiori a giorni nove - Anno 2025

 Il/La sottoscritt\_\_ Dr/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nat\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) Cap \_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. /cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voto di Laurea\_\_\_\_\_\_\_Abilitat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_ nella sessione \_\_ anno Accademico \_\_\_\_ iscritt\_ al n°\_\_\_\_\_\_ dell’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserit\_\_ nella graduatoria per il conferimento di incarichi pari o inferiori a giorni nove di Continuità Assistenziale presso l’ASP di Palermo;

**DICHIARA**

* di essere inserit\_\_\_ nella Graduatoria Regionale valida per l’anno 2024;
* di essere inserit\_\_\_ nell’elenco graduato di fascia \_\_\_\_\_ valida per l’anno 2024;
* di avere conseguito il Diploma del Corso di Formazione specifico di Medicina

 Generale il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere / non essere iscritt\_\_\_ al Corso di Formazione specifico di Medicina

 Generale per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere / non essere iscritt\_\_ al Corso di Specializzazione in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Allego copia fotostatica documento d’Identità**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_