

AL DIRETTORE U.O.C.
CURE PRIMARIE

(da inviare all'indirizzo PEC: continuitaassistenziale.pec@asppa.it entro il 28 MAGGIO 2023

__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 2023, così come previsto dalla nota Prot./S.1 n. 0026592 del 08/05/2023 dell'Assessorato della Salute - Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica - Servizio 1° "Personale del S.S.R. - Dipendente e Convenzionato", della Deliberazione n. 000679 del 16/05/2023 "Attivazione Postazioni di Guardia Medica Turistica anno 2023", e della Deliberazione n. 000685 del 18/05/2023 "Rettifica alla delibera 000679, nella parte relativa alla cifra da pagare per le prestazioni contenute nelle linee guida".

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 2023 approvata con D.D.G. n. 1061 del 16/11/2022, pubblicata sulla GURS (parte I) N°. 54 del 02 Dicembre 2022 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 nella Regione Sicilia, 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
