

Al Direttore dell' U.O.C.
Programmazione e Organizzazione
delle Attività di Cure Primarie

OGGETTO: Istanza per la disponibilità a prestare attività assistenziale nelle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.).

Il/La sottoscritt _____ Nat ___ a _____ Prov. ___ / ___ / ___;

Codice iscale _____: _____ Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

COMUNICA

La propria disponibilità a prestare attività assistenziale nelle U.S.C.A. dell'ASP Palermo per la gestione dell'emergenza COVID-19.

A tal fine, in conformità dell'art.46 del D.P.R.28.12.2000n.45, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R.28.12.2000, n.445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R.28.12.2000, n.445,

DICHIARA

- 1) di essere in possesso del diploma da laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ il ___/___/_____ con voto ___/_____;
- b) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale nell' ___ sessione _____ presso l'Università di _____;
- 2) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ il ___/___/___ al numero _____;
- 3) di essere titolare a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale ad unico rapporto di convenzione ___/___/_____;
- 4) di essere inserit___ nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale 2021 con posizione n. _____;
- 5) di essere in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito il ___/___/_____ nella Regione _____;
- 6) di essere iscritt___ al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale triennio ___/___ con inizio frequenza dal ___/___/_____ nella Regione _____;
- 7) di essere inserit___ negli elenchi graduati per le sostituzioni di C.A per l'anno 2021 in FASCIA C;
- 8) di essere iscritt___ al Corso di Specializzazione in _____;
- 9) di essere medico neo laureato e iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____;
- 10) di essere a conoscenza che le convocazioni per l'eventuale conferimento dell'incarico avverranno tramite calendario che sarà pubblicato sul sito alla sezione USCA unitamente all'Elenco Graduato dei Medici Disponibili.

Consenso Informato

Il/La sottoscritt dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679UE e del codice della Privacy, D.Lgs 196/2003 e s.m.i. E che I dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che il Responsabile del trattamento dei dati il legale rappresentante dell'Azienda.

_____ li

Firma* _____