

Domanda di Partecipazione

Marca da Bollo
Euro 16,00
(esclusivamente i non iscritti
in graduatoria regionale di M.G)

Al Direttore U.O.C.
Cure Primarie
ASP di Palermo

PEC: direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org

OGGETTO: Avviso pubblico URGENTE del 07.04.2025 per il conferimento di eventuali incarichi convenzionati a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Il/la sottoscritto/a Dott. _____, nato/a a _____,
_____ il _____ e residente a _____
_____ in Via _____ n° _____
Cap. _____ Tel _____ Cell. _____

PEC: _____

Chiede di partecipare all'avviso pubblico in oggetto del 07.04.2025;
a tal fine dichiara di:

- essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____ presso la Università di _____
- aver conseguito l'abilitazione alla professione medica presso l'Università degli Studi di _____ nella sessione o in data _____ dell'anno _____;
- essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n° _____ in data _____;
- essere in possesso di Attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale giusto dall'ACN di Medicina Generale vigente conseguito in data _____ presso _____
- di essere in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____ presso _____
- frequentare il _____ anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso _____
- di essere iscritto nella graduatoria di Medicina Generale – Settore E.S.T. valida per l'anno corrente con punteggio _____ posizione n° _____

Data _____

Firma per esteso e leggibile _____