

Marca da bollo  
€ 16,00

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Provinciale  
Piazza Igea  
97100 RAGUSA

Il sottoscritto Dott. ...., nato a .....,  
il ....., residente a ....., via .....,  
recapito telefonico ..... email.....  
PEC .....

### CHIEDE

di essere inserito negli elenchi per l'eventuale attribuzione di incarichi provvisori e di sostituzione di  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE presso i presidi di codesta A.S.P..

A tal fine dichiara di:

- essere laureato in Medicina e Chirurgia in data ....., con voto .....
- essere abilitato all'esercizio della professione medica in data .....
- essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di .....
- essere in possesso dell'Attestato di Idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data .....
- essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione di medicina generale;
- essere/non essere iscritto al corso di formazione per la medicina generale;
- essere/non essere iscritto in scuola di specializzazione.

Data .....

Firma .....