

AL DIRETTORE GENERALE

DELL'ASP DI RAGUSA

SEDE

Il sottoscritto Dott

Nato il a

Residente in

Telefono

Email

Pec

DICHIARA

Di essere disponibile ad accettare un incarico provvisorio presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) dell'ASP di Ragusa.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- Di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data.....
presso l'Università di..... con voto
- Di essere abilitato e iscritto all'Ordine dei Medici di al n.....
- Di essere iscritto all'ENPAM n.....
- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l'ASP di Ragusa dal in atto in servizio presso il presidio di
- Di essere titolare di incarico di sostituzione presso il presidio di
- Di essere inserito in graduatoria regionale siciliana per l'anno 2021
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;
- Di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale;
- Di essere iscritto alla Scuola di Specializzazione;
- Di essere inserito nelle vigenti graduatorie aziendali di continuità assistenziale dell'ASP di Ragusa;
- Di non essere inserito nelle graduatorie aziendali di continuità assistenziale.

Allega fotocopia del documento d'identità valido.

Luogo e data

FIRMA