



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
*Dipartimento della Programmazione e della Organizzazione delle Attività Territoriali e
dell'integrazione Socio-Sanitaria*
U.O.C. di Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
Via G. La Loggia, 5 - 90129 Palermo tel. 091- 7034004 - 7033906 - fax 091 70333601
PEC: continuitaassistenziale.pec@asppa.it

PROT. N° 14987

PALERMO LI, 28/10/2021

**AVVISO URGENTE DI DISPONIBILITA' PER EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE.**

I Sig.ri Medici neo laureati e iscritti all'Ordine dei Medici, nelle more della riapertura dei termini di inserimento negli elenchi graduati per le sostituzioni di C.A., possono dare disponibilità entro il 01/11/2021 per eventuali incarichi provvisori nei presidi di continuità assistenziale insistenti nell'ambito territoriale dell'ASP di Palermo all'indirizzo PEC: continuitaassistenziale.pec@asppa.it.

**La convocazione è stabilita per il giorno 02 novembre 2021 alle ore 14:00 presso
l'Ufficio per la Continuità Assistenziale, Via La Loggia, 5 - Palermo - PAD. 38, piano I°
I Sig.ri Medici dovranno presentarsi muniti di copia di un documento di
identità in corso di validità e muniti di Green pass**

Il Dirigente Medico
Ufficio per la C.A.
(Dr. Giuseppe Profeta)

Il Direttore dell' U.O.C.
Cure Primarie
(Francesco Cerrito)

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

U.O.C. di Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
Ufficio per la Continuità Assistenziale

Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo tel. 091- 7034004 - 7033906 e 7034006 fax 091 703 3361

INVIARE A: continuitaassistenziale.pec@asppa.it

DISPONIBILITA' URGENTE PER EVENTUALI INCARICHI TEMPORANEI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

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

__L__ sottoscritt__ Dr. _____ CF _____
nat__ a _____ Prov. _____ il _____ Residente in _____ ()
Via _____, _____ cell _____ e-mail _____ ;
dichiara di essersi laureato in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università degli
Studi di _____ con la seguente votazione _____
di essersi abilitato presso l'Università degli Studi di _____ nella _____ sessione dell'anno _____ ;
di essere iscritt__ all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n° _____ ;

CHIEDE

di essere inserit__ nell'elenco dei Medici disponibili per le sostituzioni di Continuità Assistenziale nell'ambito dei Presidi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo .

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 N° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Il/La sottoscritt__ dichiara altresì, di essere informat__ , 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 I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale, che il Responsabile del trattamento dei dati il legale rappresentante dell'Azienda.

_____ *li* _____

Firma* _____

**) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, le istanze e le dichiarazioni di atto notorio sono presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.*