Alla Direzione Generale

Alla U.O.C. A.S.B. e Cure Domiciliari

<u>ASP di ENNA</u>

Oggetto: Istanza per lo svolgimento di attività di continuità assistenziale presso le **"Unità Speciali di Continuità Assistenziale" (USCA)**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa……

Nato/a…….....il……..CodiceFiscale…….

Data di laurea…….. Voto di laurea…….

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi di ……N°.....

Cellulare….....……PEC:…….

Comunica la propria disponibilità a svolgere attività di continuità assistenziale presso le "Unità Speciali di Continuità Assistenziale" (USCA) dell'ASP di ENNA.
A tal fine dichiara di essere:

O Titolare a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso il Presidio di …….

O Titolare a tempo determinato di Continuità Assistenziale presso il Presidio di …….....

O Inserito nella Graduatoria aziendale di Continuità Assistenziale dell'ASP di Enna valida per l'anno 2020.

O Iscritto al Corso di Formazione di Medicina Generale anno ...../.....

- Allega Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.
- Autorizza al trattamento dei dati ai sensi del Dlg. n.196 /2003 e s.m.i.

Lì / /

FIRMA……