Allegato A

Al Direttore Generale
dell'ASP di Enna
Viale Diaz 7/9
94100 Enna

Il/La sottoscritto/a_____nato/a_____
il_____, residente a_____CAP_____Via_____,
tel._____cell._____, indirizzo di posta elettronica
PEC_____Codice Fiscale_____ Medico titolare di
Emergenza Sanitaria Territoriale presso la postazione/MSA di_____,
presa visione dell'avviso interno pubblicato in data 14/05/2021, predisposto dalla U.O.C. Cure Primarie, manifesta la propria disponibilità a svolgere attività presso i Pronto Soccorso/DEA dell'ASP di Enna, in eccedenza oraria ai sensi dell'art. 5 dell'A.I.R./2007 di Emergenza Sanitaria Territoriale.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR n.445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, formalmente dichiara:

1. di essersi laureat_____ in data _____ presso l'Università degli Studi di_____con _voto_____;
2. di essere titolare a tempo indeterminato di E.S.T. dal _____;

Il sottoscritto chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo: Dott/ssa.....via.....
.....n.....(c.a.p.....) Comune.....(prov... ...)tel.....
.....cell.....e-mail.....

Acclude:

Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

_____,lì_____

(firma)

_____