

OGGETTO: Istanza per la disponibilità a prestare attività assistenziale nelle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) dell'ASP Trapani per la gestione dell'emergenza COVID 19.

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dal D.L. n.14 del 9 marzo 2020 recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del SSN in relazione all'emergenza COVID-19",

DICHIARA

la propria disponibilità a prestare attività assistenziale nelle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) dell'ASP Trapani per la gestione dell'emergenza COVID 19.

A tal fine in conformità dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, formalmente il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- b) di essere residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- c) di essere domiciliato in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- d) di eleggere il proprio "domicilio informatico" con la PEC (Posta Elettronica Certificata) per richieste da e per la Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_;
- e) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con voto \_\_\_/\_\_\_;
- f) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- g) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ Cod. ENPAM \_\_\_\_\_;
- h) di essere – di non essere (1) titolare a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale nell'ASP TRAPANI con rapporto convenzionale dal \_\_\_\_\_;
- i) di essere inserito/a nella Graduatoria Aziendale di Medicina Generale 2020 pubblicata sul sito aziendale <http://www.asptrapani.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezione=616&idArea=19006&idCat=19007&ID=19007&TipoElemento=categoria> con la seguente posizione n. \_\_\_\_\_;
- j) di essere a conoscenza che le convocazioni per il conferimento dell'incarico in argomento avverranno esclusivamente tramite PEC o mediante chiamata diretta.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE 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 con strumenti 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 Titolare del trattamento dei dati è il legale rappresentante dell'Azienda; che il Responsabile del trattamento dei dati è il legale rappresentante dell'Azienda.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenuta in merito a quanto sopra dichiarato.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Firma (\*) \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(\*) Art. 38, terzo comma, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445: Le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.