



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI MESSINA

U.O.C. ORGANIZZAZIONE SERVIZI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA
IL Direttore: Dr. Carmelo Crisicelli

ACCETTAZIONE INCARICO UCA (salvo proroghe e/o modifiche dei superiori organi competenti)

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____ C.F. _____

Cell. _____ Email _____ PEC _____

iscritto all'Ordine dei Medici e Chirurghi di _____, n. _____;

consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA DI (contrassegnare la casella corrispondente):

O – Essere titolare/ sostituto di C.A. a ___ h settimanali c/o il Presidio di _____ fino al _____;

O – Essere medico di Assistenza Primaria con n. di scelte _____;

O – Essere iscritto al corso di Formazione in Medicina Generale di _____ dal _____;

O – Ricoprire in atto incarico libero professionale a P. IVA o CO.CO.CO. Presso _____;

O – Essere iscritto al corso di Specializzazione in _____ di _____ dal _____;

e di accettare e di garantire in via esclusiva il servizio c/o presidio/i UCA di _____ per:

12h/settimanali

24h/settimanali

a decorrere dal _____ al _____, salvo proroghe e/o modifiche dei superiori organi competenti.

- Modello di auto utilizzato per prestare il servizio: _____ Targa: _____;

- Si impegna a non accettare ulteriori incarichi UCA al di fuori della medesima Azienda Sanitaria nel periodo di vigenza del presente mandato, pena la decadenza immediata dall'incarico;

- Di impegnarsi a fare formale preavviso all'ASP di Messina, di un minimo di 15 gg. per eventuali dimissioni dal presente incarico;

- Documento di identità: _____ n. _____ con scadenza il _____;

- Autorizza il trattamento dei propri dati ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e dell'art 13 del GDPR-Reg. UE 2016/679.

Data _____

Firma _____