

**DICHIARAZIONE DI SERVIZIO**  
per eventuale conferimento di incarico provvisorio per la CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in conformità degli artt. 46-47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, formalmente

**DICHIARA**

- di non essere iscritto al Corso Formazione Specifica in Medicina Generale;
- di essere / non essere (1) iscritto alla Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ e che eventuale attività convenzionale nel servizio di Continuità Assistenziale verrà svolta esclusivamente negli orari notturni e festivi;
- di avere / non avere (1) svolto attività per la Continuità Assistenziale nell'ambito della Regione Siciliana nell'anno in corso:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'ASP \_\_\_\_\_.  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'ASP \_\_\_\_\_.  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'ASP \_\_\_\_\_.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'informativa privacy, sul trattamento dati, di cui al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e al D. Lgs n. 196/2003, modificato con D. Lgs. n. 101 del 10/08/2018. Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
con allegato documento di identità (\*)

(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.