

MARCA DA BOLLO

Da € 16,00

AL DIRETTORE GENERALE ASP DI SIRACUSA

E PC ALLA U.O.C. CURE PRIMARIE

**OGGETTO:** DISPONIBILITÀ ALL' EFFETTUAZIONE TURNI DI **REPERIBILITÀ** PRESSO I PRESIDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DELL' ASP DI SIRACUSA

IL/LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

DICHIARA DI ESSERE DISPONIBILE AD EFFETTUARE SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PRESSO I PRESIDI DI CODESTA ASP DI SIRACUSA IN QUALITÀ DI **MEDICO REPERIBILE**. LO SCRIVENTE SI IMPEGNA AD ESSERE REPERIBILE PRESSO I RECAPITI TELEFONICI SOTTO INDICATI NELLE SEGUENTI FASCE ORARIE:

- DALLE ORE 19,00 ALLE 20,30 DI TUTTI I GIORNI FERIALI E FESTIVI;
- DALLE ORE 9,00 ALLE 10,30 DEI SOLI GIORNI PREFESTIVI;
- DALLE ORE 7,00 ALLE ORE 8,30 DEI SOLI GIORNI FESTIVI.

COMUNICA ALTRESÌ CHE PER IL SERVIZIO SARÀ UTILIZZATO IL SEGUENTE AUTOMEZZO:

MARCA/MODELLO \_\_\_\_\_ TARGA \_\_\_\_\_

A TAL FINE CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

**DICHIARA**

1. DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_;
2. DI ESSERE LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO L' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ CON VOTO \_\_\_\_\_;
3. DI ESSERE ISCRITTO ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ CON N° \_\_\_\_\_ A FAR DATA DAL \_\_\_\_\_;
4. DI ESSERE/ NON ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE VALIDA PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE VIGENTE PER IL CORRENTE ANNO IN POSIZIONE \_\_\_\_\_ CON PUNTEGGIO \_\_\_\_\_
5. DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL DINIEGO DELLA DISPONIBILITÀ OPPOSTO PER DUE VOLTE FARÀ DECADERE LO SCRIVENTE DALL' ELENCO DEI MEDICI REPERIBILI.

COMUNICA INOLTRE:

TEL. FISSO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

CODICE ENPAM \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

COPIA NON AUTENTICA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ (SEMPRE);

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO BOLLO, QUALORA SIA DOVUTO.

**L' Istanza va inoltrata tramite PEC all' indirizzo  
CURE.PRIMARIE@PEC.ASP.SR.IT**



## ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art' 642/1972

### DICHIARAZIONE

ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_   /   /

residente a \_\_\_\_\_

Via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod. Fisc.

Con riferimento alla domanda \_\_\_\_\_

Essendo obbligatorio indicare, negli atti e nella modulistica informatica, la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in casi di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

### DICHIARA,

che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca sul cartaceo della domanda trattenuto in originale presso il mittente a disposizione degli organi di controllo, a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata ha

**IDENTIFICATIVO**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *firma*