

Al Direttore del Servizio
Medicina di Base
S e d e

OGGETTO: richiesta di partecipazione al Piano aziendale Emergenza Immigrati Clandestini

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____, domiciliato a _____ in Via _____, Telefono _____ in qualità di medico * _____

CHIEDE

di poter partecipare al Piano operativo oggettivato predisposto dall'ASL n. 8 CA accettando di essere inserito in turni di reperibilità che verranno trasmessi alla Prefettura di Cagliari, unitamente al proprio numero telefonico sopra indicato, al fine di consentire alle Autorità competenti di procedere ai dovuti contatti per l'effettuazione delle visite mediche agli immigrati clandestini subito dopo lo sbarco.

Il/La sottoscritto/a si impegna sin da ora a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di indirizzo di residenza e/o domicilio o del proprio numero di telefono.

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a garantire i turni di reperibilità organizzati dal Servizio in indirizzo assumendosi la relativa responsabilità legale in caso di inosservanza.

Si autorizza il Servizio in indirizzo al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate nel rispetto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

_____, __/__/____

In fede

* Specificare se titolari a tempo indeterminato del servizio di continuità assistenziale presso l'ASL 8 o se inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità.