



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407111 – Fax 0922/407291  
Web: [www.aspag.it](http://www.aspag.it); PEC: protocollo@pec.aspag.it

**Al Commissario Straordinario**  
**dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**  
**Viale della Vittoria n. 321**  
**92100 Agrigento**

**Oggetto:** Richiesta cambio SEZIONE elenchi per il conferimento di incarichi legali.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_, già iscritto negli elenchi per l’affidamento degli incarichi legali di codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento alla SEZIONE \_\_\_\_\_ chiede il passaggio alla SEZIONE \_\_\_\_\_ (**scegliere solo una sezione pena inammissibilità della domanda**).

Allo scopo, fermo restando il possesso dei requisiti già dichiarati in sede di inoltro della prima istanza di iscrizione, **dichiara di avere preso visione del nuovo Regolamento Aziendale per il conferimento di incarichi legali e del relativo nuovo disciplinare di incarico**, dove, tra l’altro, sono pattuiti anche i compensi spettanti per l’attività professionale, come adottati dall’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento con deliberazione n. 483 del 04/03/2024 e **di accettarne integralmente i contenuti**.

Inoltre, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2013 e s.m.i., esprime consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, per le finalità inerenti la procedura di che trattasi e l’eventuale conferimento degli incarichi professionali

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Agrigento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_