



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Tel. 0922/407111 * Fax 0922/401229

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA

Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica, Ospedalità privata ed Assistenza integrativa socio-sanitaria

DISPONIBILITA' ANNUALE PER INCARCHI PROVVISORI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Si comunica che è stato pubblicato nella GURS n. 9 del 27/02/2015 il D.A. del 12 febbraio 2015 inerente la graduatoria definitiva di Medicina Generale, distinta nei settori di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Territoriale, valida per il 2015.

- Come previsto dall'art. 5 del D.A. sopracitato e dall'art. 11 dell'AIR di Continuità Assistenziale (D.A. 6 settembre 2010) i medici interessati a svolgere attività di medico sostituto di continuità assistenziale inseriti nella graduatoria regionale di Settore, non residenti nel territorio dell'ASP, i medici in possesso del titolo del Corso di Formazione in Medicina Generale, ma non inseriti in graduatoria regionale, ed i medici con laurea post 1994, non in possesso del titolo per l'inserimento nelle sopracitate graduatorie regionali, **dovranno produrre, come da facsimile allegato, domanda in bollo, autocertificazione informativa (allegato L) e fotocopia del documento d'identità.**

- Al fine di dare applicazione alle disposizioni finalizzate alla riduzione dei costi amministrativi si informano i Sigg. Medici che si procederà alle convocazioni per il conferimento degli incarichi provvisori di continuità assistenziale esclusivamente tramite comunicazione inviata per mezzo di posta elettronica certificata (PEC).

- **A tal fine i medici dovranno indicare nella domanda un indirizzo PEC personale, pena la mancata comunicazione della convocazione.**

Saranno prese in considerazione soltanto le domande compilate correttamente e saranno escluse le domande prive dei documenti e dei dati richiesti.

Le domande indirizzate al Responsabile UOC Assistenza Sanitaria di Base ASP 1 Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento dovranno pervenire entro e non oltre il **28/03/2015.**

Il Dirigente Responsabile U.O.S.
Gestione Convenzione Continuità
Assistenziale
e strutture sanitarie accreditate interne
Dott.ssa ROSALBA RIGGIO



Il Direttore U.O.C.
Assistenza Sanitaria di Base,
Specialistica, Ospedalità Privata
Medicina Legale e Fiscale
Assistenza Socio-integrativa
Dott.ssa F. Patti

MARCA DA BOLLO
€ 16.00
Solo per i medici **NON**
inseriti nella Graduatoria
Regionale

AL Resp. U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base
Azienda Sanitaria Provinciale
V.le della Vittoria, 321
AGRIGENTO

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ nella via _____

Cellulare _____ (obblig.) P.E.C. (obblig.) _____

COMUNICA

La propria disponibilità ad assumere incarichi nel servizio della continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale valida per l'anno 2015 pubblicata sulla **GURS Parte I n. 9 del 27/02/2015**.

A tal fine dichiara:

- Di essere/non essere incluso nella graduatoria Regionale valida per l'anno 2015 al posto n.....con punti.....;
- (1) di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data..... con voto...../110;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
- **di essere/non essere** iscritto al corso di formazione di medicina generale;
- **di avere/non avere** conseguito il corso di formazione di medicina generale;
- **di essere/non essere** iscritto al corso di specializzazione;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000 a tal fine allega atto notorio.
- Il Sottoscritto si impegna a comunicare con immediatezza, eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

Dati personali

CODICE FISCALE.....

CODICE ENPAM.....

ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI DI.....NUMERO.....

DATA DI LAUREA.....

FIRMA

Agrigento, li

(1) Per i Sanitari laureati dopo il 31/12/1994.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato
 a _____ il _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ n° _____
 iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____
 ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara
 formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
 Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
 Provincia _____ branca _____
 Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"