



**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 \_\_\_\_\_

7) 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 modicicazioni. (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"