



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Tel. 0922/407111 * Fax 0922/401229
P. IVA e C.F. 02570930848

AVVISO PUBBLICO PER I MEDICI DISPONIBILI ALLA REPERIBILITA' NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO.

Si comunica che come previsto dall'art. 12 dell'A.I.R. di continuità assistenziale vigente sono riaperti i termini per la presentazione delle domande di disponibilità per l'inserimento nella graduatoria dei reperibili per il servizio di continuità assistenziale di questa Azienda.

I Medici interessati all'inclusione nella graduatoria di cui al presente avviso devono inviare, entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente bando nel sito web Aziendale, domanda di partecipazione, (come da fac-simile allegato) indirizzata all'U.O.S. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture sanitarie accreditate interne ASP 1 V.le della Vittoria, 321 Agrigento, che deve essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità e da dichiarazione sostitutiva di atto notorio, Allegato "L".

Le domande di partecipazione potranno essere inviate con le seguenti modalità alternative:

-Brevi manu presso il protocollo generale dell'ASP di Agrigento, V.le della Vittoria, 321;

-oppure tramite PEC al seguente indirizzo: protocollo @pec.aspag.it.

Le domande pervenute oltre il quindicesimo giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito Aziendale non saranno prese in considerazione.

I Medici già inseriti nella graduatoria dei reperibili di questa ASP non devono presentare ulteriore domanda.

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



IL DIRETTORE SANITARIO
(Prof. Dr. Silvio Lo Bosco)

SCHEMA DI DOMANDA

AL COMMISSARIO A.S.P. 1
VIALE DELLA VITTORIA 321
AGRIGENTO

Il Sottoscritto Dr.....nato a.....il.....
E residente a Via.....N.....
Cell..... P.E.C.

CHIEDE

Di essere inserito nella Graduatoria di Codesta Azienda relativa ai Medici reperibili per il servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art.71 dell'A.C.N. del 29/07/09, con preferenza presso il Presidio di:

- 1).....
- 2).....
- 3).....

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del DPR28/12/00 n. 445 recante il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalla Legge.

DICHIARA

- Di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- Di essersi abilitato all'esercizio della professione nella _____ Sessione dell'anno _____ presso l'università di _____
- Di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____ dal _____ al numero _____
- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Medicina Generale della Regione Sicilia con punti _____
- Di frequentare/non frequentare Corso di Formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto a Scuole di Specializzazione
- Di non trovarsi in posizione di incompatibilità per ricoprire l'incarico di cui sopra.

Allega alla presente, i sotto elencati documenti;

.....
.....

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Data _____

Firma per esteso