



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Tel. 0922/407111 * Fax 0922/401229
UNITA' OPERATIVA SEMPLICE

Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie accreditate interne

**DISPONIBILITA' INTEGRATIVA PER INCARICHI PROVVISORI DI CONTINUITA'
ASSISTENZIALE**

Si comunica che come previsto dall'art. 1 del D.A. N. 540 del 22/03/2017 inerente l'integrazione apportata all'art. 11 dell'A.I.R. di continuità assistenziale sono riaperti i termini, per la presentazione delle domande di disponibilità per l'inserimento nelle graduatorie di Azienda, per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio della continuità assistenziale.

- I medici non inseriti in graduatoria regionale ed i medici con laurea post 1994, interessati a svolgere attività di sostituto di continuità assistenziale, **dovranno produrre, dall'1 al 30 Aprile, come da fac-simile allegato, domanda in bollo, autocertificazione informativa (allegato L) e fotocopia del documento d'identità in corso di validità.**

- 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 sopra richiesti.

Tutti i dati richiesti devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda.

Le istanze potranno essere presentate esclusivamente:

- 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, corredate dai documenti sopra indicati, dovranno pervenire improrogabilmente entro e non oltre il 30/04/2019.

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



Il Direttore Sanitario Aziendale
(Prof. Dr. Silvio Lo Bosco)

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

AL Resp. U.O.S. Gestione Convenzione
Continuità Assistenziale A.S.P. 1
V.le della Vittoria, 321
AGRIGENTO

Il sottoscritto Dr.

Nato a I

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 2019 pubblicata sulla **GURS Parte I n. 53 del 14/12/2018**.

A tal fine dichiara:

- Di essere/non essere incluso nella graduatoria Regionale valida per l'anno 2019 al posto n.....con punti.....;
- (1) di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data con voto.....;
- 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 in data
- **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.
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. N. 101/2018.
- Il Sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare immediatamente, 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"