



## SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale della Vittoria 321- 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848

DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI AGRIGENTO

U.O.S Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS

### AVVISO AI MEDICI

#### PER LA PRESENTAZIONE ISTANZE PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE ANNO 2020 PER ASSEGNAZIONE INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE DI ASSISTENZA PRIMARIA

**SI AVVISANO i Signori Medici** che con D.D.G. n. 2032 del 12/11/2019 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 53 del 29/11/2019 è stata approvata la Graduatoria definitiva di Medicina Generale valida per l'anno 2020.

Come previsto dall'art. 15, comma 6 e 7 dell'Accordo Nazionale di Medicina Generale del 21/06/2018, questa Azienda predisporrà una **Graduatoria Aziendale** di medici disponibili per eventuale conferimento di **incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di un incarico di sostituzione di assistenza primaria**.

I Medici interessati all'inclusione nella graduatoria aziendale di questa A.S.P. e in possesso dei requisiti previsti dall'A.C.N. vigente, dovranno produrre **istanza di partecipazione in bollo (come da ALLEGATO 1), autocertificazione informativa (allegato L) e copia del documento di identità in corso di validità**.

Saranno prese in considerazione solo le istanze compilate correttamente e saranno invece escluse le istanze incomplete, illeggibili o presentate fuori termine.

Tutti i dati richiesti devono essere posseduti al momento della presentazione dell'istanza.

Le istanze potranno essere presentate **ESCLUSIVAMENTE** attraverso una delle seguenti modalità:

- brevi manu presso il Protocollo Generale di questa A.S.P. in Viale della Vittoria 321 - Agrigento.
- a mezzo R/R al seguente indirizzo: Al Responsabile U.O.S. Gestione Conv e Budget MMG e PLS - Viale della Vittoria 321 Agrigento

Le istanze, corredate dai documenti sopra indicati, dovranno **PERVENIRE IMPROPROROGABILMENTE** a questa A.S.P. entro e non oltre il 05/01/2020.

N.B.:

- I Medici che intendono partecipare a diverse graduatorie DEVONO presentare istanze separate (una per ciascuna graduatoria). Pertanto, non saranno considerate valide le istanze contenenti più scelte contemporaneamente.
- In osservanza a quanto disposto ai fini della riduzione dei costi amministrativi, si informano i Sigg. Medici che questa Azienda procederà alle convocazioni per il conferimento degli eventuali incarichi de quo **ESCLUSIVAMENTE** tramite comunicazione inviata via PEC. A tal fine i Medici dovranno indicare nell'istanza un indirizzo PEC personale, pena la mancata comunicazione alla convocazione.

Il Dirigente Medico  
Gestione Conv e budget MMG e PLS

*Dott. Diego Amico*



Il Direttore del D.S.B. di Agrigento  
*Dott. Giuseppe Amico*

**MARCA DA BOLLO****€. 16,00**

Al Responsabile U.O.S.  
Gestione Conv. e Budget MMG e PLS  
Viale della Vittoria, 321  
92100 Agrigento

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Cellulare (OBBLIGAT.) \_\_\_\_\_ P.E.C. (OBBLIGAT.) \_\_\_\_\_

CODICE ENPAM \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

La propria disponibilità ad assumere incarichi provvisori e di sostituzione di assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale di Medicina generale valida per l'anno 2020 approvata con D.D.G. n.2032 del 12/11/2019 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 53 del 29/11/2019.

A tal fine, il sottoscritto,

**DICHIARA**

- Di essere/non essere incluso nella Graduatoria Regionale di Medicina generale valida per l'anno 2020 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
- Di avere /non avere acquisito il titolo di formazione specifico in Medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in Graduatoria regionale in data \_\_\_\_\_;
- Di essere in atto / non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina generale;
- Di avere conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- Di essere / non essere iscritto a corso di Specializzazione
- Di aver conseguito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con il n. . \_\_\_\_\_
- 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 (Allegato L)
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 101/2018
- Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**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. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 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 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

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"