



**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

Prot.n 1258 del 03/01/2020

AVVISO DI DISPONIBILITA'

**ASSEGNAZIONE INCARICO PROVVISORIO DI EMERGENZA SANITARIA
TERRITORIALE (E.S.T.) PRESSO L'A.S.P. 1 DI AGRIGENTO**

I Medici interessati all'eventuale conferimento di un **incarico provvisorio di E.S.T.**
presso:

P.T.E. - M.S.A. CAMMARATA

M.S.A. CIANCIANA

AUTOMEDICA ALFA 1 AGRIGENTO

ed in possesso dell'**ATTESTATO DI IDONEITA'** PER l'E.S.T. , ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N. vigente, ancorché non inseriti nella graduatoria di settore, potranno presentare apposita istanza, come da modello allegato, da far pervenire all'U.O.S. Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS entro e non oltre 11-01-2020 esclusivamente via PEC al seguente indirizzo di posta elettronica: assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it

L'istanza dovrà essere corredata da copia di valido documento di riconoscimento e da copia dell'Attestato di idoneità.

Per eventuali informazioni telefonare ai seguenti numeri: 0922.407373/4

D'ordine del Direttore del D.S.B. di Agrigento Dr, Giuseppe Amico



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 un incarico provvisorio di **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE** presso (è possibile indicare una o più scelte):

- ☐ **P.T.E. - M.S.A. CAMMARATA**
- ☐ **M.S.A. CIANCIANA**
- ☐ **AUTOMEDICA ALFA 1 AGRIGENTO**

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 essere / non essere in possesso dell'Attestato di idoneità di Emergenza Sanitaria Territoriale (che si allega);
- 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

_____, LI _____

Firma
