



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 DIAGRIGENTO

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

Prot. n. 1282 del 03/01/2020

AVVISO AI MEDICI PEDIATRI PRESENTAZIONE ISTANZE PER L'AGGIORNAMENTO DELLE GRADUATORIE P.P.I. PEDIATRICI

SCADENZA 31/01/2020

Si ricorda ai Medici Pediatri convenzionati con il S.S.N. e non convenzionati, in atto non incaricati presso i P.P.I. Pediatrici di questa A.S.P., che, ai fini dell'inserimento nelle graduatorie, possono presentare istanza dal **01/01/2020 al il 31/01/2020**, ai sensi della norma finale 1 dell'Accordo Regionale di Pediatria vigente e delle successive linee guida assessoriali.

Le istanze possono essere presentate, utilizzando gli allegati modelli "A" e "A1", attraverso una delle seguenti modalità: a mezzo R/R al seguente indirizzo: Viale della Vittoria 321 Agrigento; brevi manu presso il Protocollo Generale di questa A.S.P. in Viale della Vittoria 321; via P.E.C. all'indirizzo assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it.

Si ricorda che i P.P.I. Pediatrici sono attivi presso i Distretti di Agrigento, Bivona, Canicattì, Casteltermeni, Licata, Ribera, Sciacca.

Precisazioni:

1. dovrà essere presentata una istanza per ciascun P.P.I. Pediatrico per il quale si intende partecipare
2. le incompatibilità previste sono le seguenti:
 - a. incarico presso struttura ospedaliera,
 - b. essere in stato di quiescenza.

Il Dirigente Medico
Gestione Convenzione budget MMG e PLS
Dott. Diego Amico



Il Direttore del DSB Agrigento
Dott. Giuseppe Amico

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(Art. 46 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritt_____ Dott./Dottssa_____, nat_____ a
_____ (Prov.)_____ il_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR445/2000

DICHIARA

- Di essere residente a _____ provincia _____ in via _____ n.
- di essersi laureat..... in data _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di avere acquisito la specializzazione in data _____presso l'Università di _____;
- di essere inserito nella graduatoria regionale definitiva dei PLS valida per l'anno _____ al posto n° _____ con punti _____;(Barrare se non inserito)
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con N° _____.

Dichiaro di essere informato /a, ai sensi e per gli effetti del D.lgs n.196/2003 (codice privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Acclude: Copia fotostatica del documento d'identità;

_____, li _____

FIRMA

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL PPI PEDIATRICO ASP AGRIGENTO

Allegato A

A.S.P. 1 di Agrigento
U.O.S. Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS
Viale della Vittoria 321 - 92100 Agrigento

Il/LA sottoscritt___ Dott/Dott.ssa _____ nat_____
a _____ il _____ residente a _____
CAP _____ Via _____, tel. _____
cell. _____, indirizzo PEC _____ (obbligatorio)

☐ Medico pediatra di libera scelta nell'ambito territoriale di _____
e con n. di scelte pari a _____

☐ Pediatra non titolare di convenzione con il SSR

Con riferimento a quanto previsto dalla norma finale 1 del vigente AIR (Decreto 29 giugno 2011) per la pediatria di libera scelta

CHIEDE

Di essere inserito nel PPI pediatrico del Distretto di _____

_____, lì _____

Firmato
