



11/11/2020

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**

DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI AGRIGENTO

Servizio Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie accreditate interne

INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MESE DI APRILE 2020

Casa Circondariale Sciacca	24 h	dal 11/04/2020
Menfi	24 h	dal 01/04/2020
Menfi	12 h	dal 01/03/2020
Montevago	24 h	dal 01/04/2020
Sambuca di Sicilia	12 h	dal 01/04/2020
Burgio	12 h	dal 10/04/2020
Burgio	24 h	dal 01/04/2020 al 13/04/2020
Lucca Sicula	24 h	dal 01/04/2020
Montallegro	24 h	dal 01/04/2020
Ribera	24 h	dal 10/04/2020
Villafranca Sicula	12 h	dal 10/04/2020
Villafranca Sicula	24 h	dal 01/04/2020
Alessandria della Rocca	24 h	dal 27/04/2020
Alessandria della Rocca	24 h	dal 01/04/2020
Cianciana	24 h	dal 01/04/2020
S. Stefano Quisquina	24 h	dal 01/04/2020
AG. 3° Posto	24 h	dal 10/04/2020 al 26/05/2020
Comitini	12 h	dal 01/04/2020
Favara	12 h	dal 01/04/2020
Raffadali	24 h	dal 01/04/2020
S. Elisabetta	24 h	dal 01/04/2020
Siculiana	24 h	dal 25/04/2020
Canicattì	24 h	dal 01/04/2020
Camastra	24 h	dal 01/04/2020
Campobello di Licata	12 h	dal 01/04/2020
Naro	12 h	dal 01/04/2020
Racalmuto	24 h	dal 24/04/2020
Ravanusa	24 h	dal 01/04/2020
Licata	24 h	dal 01/04/2020
Casteltermini	24 h	dal 02/04/2020
Casteltermini	24 h	dal 06/04/2020
Casteltermini	24 h	dal 17/04/2020
Sambuca di Sicilia	24 h	dal 07/04/2020



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**

Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie accreditate interne

**AL DIRETTORE GENERALE F.F.
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO**

Il Sottoscritto Dr..... nato a..... il

residente a..... in Via n.

Tel..... Cod. Fiscale Cod. ENPAM

Data laurea Numero iscrizione Ordine dei Medicidi

DICHIARA DI ACCETTARE

- L'incarico temporaneo nel servizio della continuità assistenziale nel Presidio di

..... per n. ore settimanali dal al

- Di essere a conoscenza dei diritti e dei doveri dei Sanitari incaricati ai sensi dell'A.C.N. del 29/07/09.
- 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.
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali informativa ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679: "Dichiara di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dell'ASP di Agrigento, esclusivamente ai fini del presente provvedimento. I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno diritto di ottenere dall'ASP di Agrigento, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento(artt. 15 e ss.del Regolamento). L'apposita istanza all'ASP di Agrigento è presentata contattando il DPO dott. A. Fiorentino, V.le della Vittoria 321, Agrigento; indirizzo email:rdp@aspag.it. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie(art. 79 del Regolamento).

Agrigento, li

Firma per accettazione

.....

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 modicicazioni. (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"