



**Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**

**AVVISO DI DISPONIBILITÀ INCARICO DI SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO A  
TEMPO INDETERMINATO DI CUI ALL'ART. 20 COMMA 1 DELL'ACN DEL 31/03/2020**

Si informano le SS.LL. titolari di incarico a tempo indeterminato presso questa ASP, di volere comunicare la propria disponibilità al conferimento di incarico a tempo indeterminato nei giorni e negli orari da concordare con i Direttori dei Distretti così come elencato:

<b>POLIAMBULATORIO</b>	<b>BRANCA</b>	<b>ORE SETT.LI</b>	
PTA RIBERA	CARDIOLOGIA	2	
LICATA	CARDIOLOGIA	3	
PTA CANICATTI'	CARDIOLOGIA	6	
RACALMUTO	CARDIOLOGIA	4	
PTA AGRIGENTO	CARDIOLOGIA	4	
PTA FAVARA	CARDIOLOGIA	6	
PORTO EMPEDOCLE	CARDIOLOGIA	6	
PTA BIVONA	CARDIOLOGIA	2	
CALTABELLOTTA	CARDIOLOGIA	3	
PTA CANICATTI'	GERIATRIA	10	
PTA CANICATTI'	PNEUMOLOGIA	10	
CASA CIRCONDARIALE DI AGRIGENTO	ORTOPEDIA	3	
PTA SCIACCA	DIABETOLOGIA	3	
PTA LICATA	OCULISTICA	3	
P.O. AGRIGENTO	RADIOLOGIA Servizio di Screening Mammografico	6	Solo per gli specialisti abilitati/ certificati alla refertazione di 1° Livello per lo Screening Mammografico

Gli aspiranti al conferimento dell'incarico devono trasmettere al seguente indirizzo di posta elettronica **assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it** la domanda di disponibilità con allegato documento di riconoscimento in corso di validità **entro e non oltre giorno 31 agosto alle ore 12.00**.

Conseguentemente, per tali incarichi, la scelta del sanitario avverrà ai sensi dell'ACN del 31/03/2020 art. 20 comma 1.

Allo specialista che rinuncia al completamento orario verrà applicato il comma 2 del medesimo art.

Al presente Bando si allega la domanda di disponibilità che dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte.

**Non saranno accolte le disponibilità inviate dopo l'arco temporale suindicato.**

Il Dirigente Medico U.O.  
Gestione Convenzione Continuità Ass.le  
e Strutture Sanitarie Accreditate Interne  
Dr.ssa R. Riggio

Il Direttore DSB di Agrigento  
Dr. Giuseppe Amico

**AL Dirigente Medico U.O. Gestione Convenzione  
Continuità Assistenziale e strutture  
Sanitarie Accreditate Interne A.S.P. 1  
V.le della Vittoria, 321  
AGRIGENTO**

Il sottoscritto Dr. ....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... nella via .....

CODICE FISCALE.....

Cellulare .....(obblig.) P.E.C.(obblig.).....

Telefono.....

### **COMUNICA**

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico Branca .....

presso il .....di..... Per n . ..... ore settimanali

presso il .....di..... Per n . ..... ore settimanali

presso il .....di..... Per n . ..... ore settimanali

presso il .....di..... Per n . ..... ore settimanali

**A tal fine dichiara:**

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole del fatto che, in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale, come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R.,**

- di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data .....
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
- **di avere conseguito la specializzazione in ..... in data.....;**
- Di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento dal..... per n. .... ore settimanali d'incarico;
- Di prestare servizio presso i seguenti Poliambulatori :  
Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;  
Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;  
Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali ;
- **di non trovarsi in situazioni di incompatibilità**
- **Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 dell'ASP di Agrigento.**

FIRMA

Agrigento, li .....