



# 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:

POLIAMBULATORIO	BRANCA	ORE SETT.LI	
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

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 .....