



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Tel. 0922 407111 \* Fax 0922 401229  
P.Iva e C.F. 02570930848

AVVISO PUBBLICO PER L'ATTIVAZIONE DELLA REPERIBILITA' NEI PRESIDI DI CONTINUITA'  
ASSISTENZIALE DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO.

E' indetto Avviso pubblico per soli titoli, rivolto ai medici che intendono dare la disponibilità ad effettuare servizio di Reperibilità nella continuità assistenziale ,ai sensi dell'art.71 dell'ACN del 29/07/09 e dell'art 12 dell'A.I.R di continuità assistenziale del 15/10/10.

I medici interessati all'inclusione nella graduatoria di cui al presente avviso sono invitati a presentare ,entro e non oltre le ore 12.00 del 24/12/ 2020 domanda di partecipazione,(come da fac -simile allegato) indirizzata all'U.O Gestione convenzione continuità assistenziale e strutture sanitarie accreditate interne ASP V.le della Vittoria ,321 Agrigento che deve essere sottoscritta e corredata da fotocopia del documento di identità in corso di validità e da dichiarazione sostitutiva di atto notorio, Allegato L.

Le domande di partecipazione dovranno essere inviate esclusivamente tramite Pec al seguente indirizzo :  
protocollo@pec.aspag .it

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

*Il Dirigente Medico U.O.*

*Gestione convenzione continuità assistenziale  
e strutture sanitarie accreditate interne*

*Dott.ssa Rosalba Riggio*

*Il Direttore del DSB Agrigento*

*Dott. Giuseppe Amico*

## SCHEMA DI DOMANDA

AL Dirigente Medico Gestione Convenzione  
Continuità Assistenziale A.S.P. 1  
V.le della Vittoria, 321  
**AGRIGENTO**

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

E residente a ..... Via.....N.....

Cell..... P.E.C. ....

### CHIEDE

Di essere inserito nella Graduatoria di Codesta Azienda relativa ai Medici reperibili per il servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art.71 dell'A.C.N. del 29/07/09, con preferenza presso il Presidio di:

1).....

2).....

3).....

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del DPR28/12/00 n. 445 recante il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalla Legge.

### DICHIARA

- Di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- Di essersi abilitato all'esercizio della professione nella \_\_\_\_\_ Sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'università di \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_
- Di essere Titolare / Non titolare nel servizio della Continuità Assistenziale per ore \_\_\_\_\_ settimanali presso il Presidio di \_\_\_\_\_ con anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Medicina Generale della Regione Sicilia con punti \_\_\_\_\_
- Di frequentare/non frequentare Corso di Formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto a Scuole di Specializzazione
- Di non trovarsi in posizione di incompatibilità per ricoprire l'incarico di cui sopra.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs.N196/2003 e s.m.i

Allega alla presente, i sotto elencati documenti;

.....  
.....

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso

## 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 modificazioni. (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"