



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 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"