



Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

AVVISO DI DISPONIBILITÀ EX ART. 20 COMMA 1 DELL'ACN DEL 31/03/2020 (REALIZZAZIONE DEL COMPLETAMENTO ORARIO DEL TEMPO PIENO) PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI A TEMPO INDETERMINATO

Si informano le SS.LL ,titolari di incarico a tempo indeterminato presso questa ASP, di volere comunicare la propria disponibilità all'incremento orario 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 SCIACCA	CHIRURGIA	4
PTA AGRIGENTO	DERMATOLOGIA	12
PTA FAVARA	DERMATOLOGIA	6
PORTO EMPEDOCLE	DERMATOLOGIA	4
PTA RIBERA	CARDIOLOGIA	2
PTA SCIACCA	CARDIOLOGIA	18
PORTO EMPEDOCLE	ORTOPEDIA	3
PTA CASTELTERMINI	ORTOPEDIA	6
PTA BIVONA	OCULISTICA	1
PTA CASTELTERMINI	OCULISTICA	5
PTA CASTELTERMINI	DIABETOLOGIA	5
PTA BIVONA	DIABETOLOGIA	6
PTA RIBERA	DIABETOLOGIA	4

Gli aspiranti al conferimento dell'incarico (che devono essere Specialisti Ambulatoriali nella stessa branca messa a concorso con un incarico in codesta ASP non a tempo pieno) 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) dal giorno 1 al giorno **10 maggio 2021**.

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. Biggio

Il Direttore DSB di Agrigento
Dr. Giuseppe Amico

(allegato B)

**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.)

COMUNICA

A seguito dell'avviso del

La propria disponibilità all'incremento orario nella Branca

Distretto di..... Poliambulatorio di per n. settimanali;
Distretto di..... Poliambulatorio di per n. settimanali;
Distretto di..... Poliambulatorio di per n. settimanali;
Distretto di..... Poliambulatorio di per n. 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..... i.....;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici Chirurghi 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 Distretti :
Distretto di..... Poliambulatorio di per n. settimanali;
Distretto di..... Poliambulatorio di per n. settimanali;
Distretto di..... Poliambulatorio di per n. settimanali;
Distretto di..... 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.

Agrigento li

Firma