



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE SICILIANA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**  
Tel. 0922/407111 \* Fax 0922/401229

Oggetto : Mobilità intraaziendale volontaria ai sensi dell'art. 30 comma 6 ACN Specialistica ambulatoriale interna del 31/03/2021.

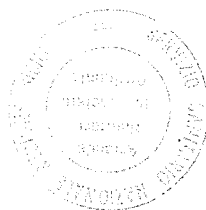
E' indetto ai sensi dell'art.30 comma 6 ACN Specialistica Ambulatoriale Interna del 31/03/2020 un avviso di mobilità volontaria intraaziendale riservato agli Specialisti Ambulatoriali Interni di questa Azienda nelle seguenti branche :

- N. 20 ore settimanali branca Cardiologia con competenze ecocardiografiche PTA di Sciacca;
- N. 6 ore settimanali branca Ortopedia PTA Sciacca ;
- N. 12 ore settimanali branca Diabetologia PTA Sciacca;
- N. 3 ore settimanali branca Oculistica PTA di Sciacca ;
- N. 4 ore settimanali branca Chirurgia PTA di Sciacca ;
- N. 12 ore settimanali branca Dermatologia PTA di Agrigento;
- N. 6 ore settimanali branca Dermatologia PTA di Favara ;
- N. 4 ore settimanali branca Dermatologia Poliambulatorio di Porto Empedocle
- N. 3 ore settimanali branca Oculistica Poliambulatorio di Porto Empedocle
- N. 3 ore settimanali branca Ortopedia Poliambulatorio di Porto Empedocle
- N. 3 ore settimanali branca Diabetologia Poliambulatorio di Ribera

Gli interessati dovranno compilare istanza di partecipazione (che si allega in copia), unitamente al documento di riconoscimento in corso di validità.

La comunicazione di disponibilità dovrà essere inoltrata esclusivamente dal 15 al 24 di Aprile 2021 al seguente indirizzo PEC: **assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it**

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



Il Coordinatore Area Staff  
Dr. Giuseppe Amico

(allegato A)

**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 alla mobilità Branca .....

Dal Distretto di..... Poliambulatorio di ..... Al Distretto di .....  
Poliambulatorio di..... turni .....

**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 Provincia di.....;
- **di avere conseguito la specializzazione in ..... in data.....;**
- Di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento ininterrottamente dal..... per ( attuali) n. .... ore settimanali d'incarico;
- Di prestare servizio presso i seguenti Distretti :  
Distretto di..... per n. ....settimanali;  
Distretto di ..... per n. ....settimanali;  
Distretto 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

-----