



## SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

### AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale della Vittoria 321- 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848

**DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**

**U.O.S Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS**

### **AVVISO AI MEDICI PEDIATRI PRESENTAZIONE ISTANZE PER L'AGGIORNAMENTO DELLE GRADUATORIE P.P.I. PEDIATRICI**

**SCADENZA 31/01/2022**

Si ricorda ai Medici Pediatri convenzionati con il S.S.N. e non convenzionati, in atto non incaricati presso i P.P.I. Pediatrici di questa A.S.P., che, ai fini dell'inserimento nelle graduatorie, possono presentare istanza fino al 31/01/2022, ai sensi della norma finale 1 dell'Accordo Regionale di Pediatria vigente e delle successive linee guida assessoriali.

Le istanze possono essere presentate, utilizzando gli allegati modelli "A" e "A1", esclusivamente attraverso la seguente modalità: via P.E.C. all'indirizzo [assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it](mailto:assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it).

Si ricorda che i P.P.I. Pediatrici sono attivi presso i Distretti di Agrigento, Bivona, Canicattì, Casteltermini, Licata, Ribera, Sciacca.

#### Precisazioni:

1. dovrà essere presentata una istanza per ciascun P.P.I. Pediatrico per il quale si intende partecipare
2. le incompatibilità previste sono le seguenti:
  - a. incarico presso struttura ospedaliera,
  - b. essere in stato di quiescenza.

Il Dirigente Medico  
Gestione Conv. e budget MMG e PLS  
Dott. Diego Amico



Il Direttore  
Dipartimento Cure Primarie  
Dott. Giuseppe Amico

# ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL PPI PEDIATRICO ASP AGRIGENTO

**Allegato A**

A.S.P. 1 di Agrigento  
U.O.S. Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS  
Viale della Vittoria 321 - 92100 Agrigento

Il/LA sottoscritt\_\_ Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_, indirizzo PEC \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

☐ Medico pediatra di libera scelta nell'ambito territoriale di \_\_\_\_\_

e con n. di scelte pari a \_\_\_\_\_

☐ Pediatra non titolare di convenzione con il SSR

Con riferimento a quanto previsto dalla norma finale 1 del vigente AIR (Decreto 29 giugno 2011) per la pediatria di libera scelta

## CHIEDE

Di essere inserito nel PPI pediatrico del Distretto di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firmato

\_\_\_\_\_

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(Art. 46 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ Dott./Dottssa\_\_\_\_\_, nat\_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ (Prov.)\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di  
atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR445/2000

**DICHIARA**

- Di essere residente a ..... provincia ..... in via  
..... n.....
- di essersi laureat..... in data ..... presso l'Università degli Studi di  
.....;
- di avere acquisito la specializzazione in data .....presso l'Università di  
.....;
- di essere inserito nella graduatoria regionale definitiva dei PLS valida per  
l'anno \_\_\_\_\_ al posto n° \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;(Barrare se  
non inserito)
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di  
\_\_\_\_\_ con N° \_\_\_\_\_.

Dichiaro di essere informato /a, ai sensi e per gli effetti del D.lgs n.196/2003 (codice privacy) che i dati  
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del  
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Acclude: Copia fotostatica del documento d'identità;**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_