



Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

AVVISO DI MOBILITA' INTRAZIENDALE AI SENSI DELL' ART. 30 COMMA 6 DELL'ACN DEL 31/03/2020 e s.m.i.

E' indetto ai sensi dell'art.30 comma 6 dell'ACN vigente un avviso di mobilità intraziendale riservato agli specialisti ambulatoriali interni di questa Azienda nelle seguenti branche così come elencato :

POLIAMBULATORIO	BRANCA	ORE SETT.LI
AGRIGENTO	NEUROLOGIA	3
FAVARA	NEUROLOGIA	4
BIVONA	ANGIOLOGIA	6
BIVONA	ONCOLOGIA	3
BIVONA	PNEUMOLOGIA	3
RACALMUTO	ENDOCRINOLOGIA	2
CASTELTERMINI	ONCOLOGIA	2
CASTELTERMINI/ CAMMARATA (A SETTIMANE ALTERNE)	GERIATRIA	3
CASTELTERMINI	REUMATOLOGIA	3
LICATA	PNEUMOLOGIA	5
LICATA	NEFROLOGIA	2
SCIACCA	CARDIOLOGIA (con competenze ecografiche)	3
CALTABELLOTTA	CARDIOLOGIA	3

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

La comunicazione di disponibilità dovrà essere inoltrata esclusivamente dal 15 al 24 Aprile 2022 al seguente indirizzo PEC: assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it

Si precisa inoltre, che ai sensi dell'art.30 comma 6, la richiesta di mobilità è riservata a coloro che abbiano svolto almeno diciotto (18) mesi di servizio nella sede di provenienza.

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. Riggio

Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie e
Integrazione Socio Sanitaria
Dott. 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