



# 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 cosi 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](mailto: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

-----