



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

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA
U.O. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture sanitarie accreditate interne

AVVISO AI MEDICI SPECIALISTI UROLOGI
PER ASSEGNAZIONE INCARICO DI SOSTITUZIONE
SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

Premesso che questa Azienda, al fine di non creare disservizio ha urgenza di conferire l'incarico di sostituzione branca Urologia, ai sensi dell' art 36 comma 1 dell' A.C.N vigente, per n. 36 ore sett.li così suddivise:

- PTA Poliambulatorio di Favara per n. 11 ore settimanali il:
 - Lunedì dalle ore 14.00 alle ore 20.00;
 - Mercoledì dalle ore 15.00 alle ore 20.00;
- PTA Poliambulatorio di Canicattì per n. 25 ore settimanali il:
 - Lunedì dalle ore 08.00 alle ore 13.00;
 - Martedì dalle ore 08.00 alle ore 14.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00;
 - Mercoledì dalle ore 08.00 alle ore 14.00;
 - Giovedì dalle ore 08.00 alle ore 13.00.

Si specifica che la data di fine sostituzione sarà il **21/07/2022**.

L'incarico cessa di fatto e di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare.

Per quanto sopra si invitano gli interessati, in possesso dei requisiti previsti dall'A.C.N vigente, a manifestare la propria disponibilità entro e non oltre **Martedì 28/06/2022** a mezzo pec :

assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it

La domanda dovrà essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità .

F.to Il Dirigente Medico U.O. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture Sanitarie accreditate interne
Dr.ssa R.Riggio

F.to il Direttore Dip.to Cure Primarie e integrazione socio sanitaria Dr. G. Amico

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI DI SOSTITUZIONE SPECIALISTICA
AMBULATORIALE INTERNA ACN del 31/03/2020 e s.m.i**

**ALL'ASP DI AGRIGENTO
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.).....

Telefono.....

COMUNICA

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico di sostituzione Branca il
giorno..... da espletare presso

A tal fine dichiara:

- di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
- **di avere conseguito la** specializzazione in in data.....; presso l'
'Università degli Studi di.....
- di avere o non avere procedimenti disciplinari in corso

DICHIARA ALTRESI

- Di essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 10 dell' 'A.C.N. della provincia di Agrigento valida nell' anno 2022 al posto n.
- Di non essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 12 dell' A.C.N. vigente .
- **di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000 a tal fine allega atto notorio.**
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati 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.

FIRMA

Agrigento, li
