

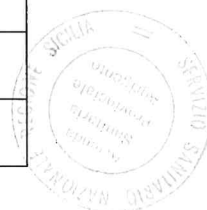


Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

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	DIABETOLOGIA	38
AGRIGENTO	PNEUMOLOGIA	8
PORTO EMPEDOCLE	PNEUMOLOGIA	6
FAVARA	PNEUMOLOGIA	8
AGRIGENTO	GINECOLOGIA	8
PORTO EMPEDOCLE	GINECOLOGIA	6
CONSULTORIO DI AGRIGENTO	GINECOLOGIA	12
FAVARA	NEUROLOGIA	4
BIVONA	ENDOCRINOLOGIA	4
BIVONA	NEUROLOGIA	4
BIVONA	ONCOLOGIA	3
BIVONA	ANGIOLOGIA	6
CONSULTORIO DI RACALMUTO	GINECOLOGIA	12
CASTELTERMINI	PNEUMOLOGIA	3
CAMMARATA	PNEUMOLOGIA	3
CASTELTERMINI/ CAMMARATA (A SETTIMANE ALTERNE)	GERIATRIA	3
CASTELTERMINI	ONCOLOGIA	2
CASTELTERMINI	DERMATOLOGIA	2
LICATA	PNEUMOLOGIA	10
LICATA	NEFROLOGIA	2
SCIACCA	CARDIOLOGIA con competenze ecografiche	3



CALTABELLOTTA	CARDIOLOGIA	3
SCIACCA	DERMATOLOGIA	4
SCIACCA	DIABETOLOGIA	6



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 Ottobre 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 e che le suddette ore poste in mobilità possono essere frazionate in fase di assegnazione, fermo restando che non può essere frazionato il turno che si espleta nella stessa giornata.

Non saranno accolte le disponibilità inviate dopo l'arco temporale suindicato.

F.to Il Direttore f.f. Dr. Ercole Marchica

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



(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
