



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**AVVISO DI DISPONIBILITÀ EX ART. 20 COMMA 1 DELL'ACN DEL 31/03/2020  
(REALIZZAZIONE DEL COMPLETAMENTO ORARIO DEL TEMPO PIENO)  
PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI A TEMPO INDETERMINATO**

Si informano le SS.LL. titolari di incarico a tempo indeterminato presso questa ASP, di volere comunicare la propria disponibilità all'incremento orario di incarico a tempo indeterminato nei giorni e negli orari da concordare con i Direttori dei Distretti così come elencato:

<b>POLIAMBULATORIO</b>	<b>BRANCA</b>	<b>ORE SETT.LI</b>
AGRIGENTO	DIABETOLOGIA	26
AGRIGENTO	DERMATOLOGIA	2
AGRIGENTO ( OSPEDALE )	DERMATOLOGIA	2
FAVARA	PNEUMOLOGIA	8
FAVARA	NEUROLOGIA	4
BIVONA	PNEUMOLOGIA	4
BIVONA	ENDOCRINOLOGIA	4
BIVONA	ONCOLOGIA	3
BIVONA	NEUROLOGIA	4
BIVONA	ANGIOLOGIA	6
CANICATTI'	PNEUMOLOGIA	10
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
LICATA	DIABETOLOGIA	6
LICATA (Consultorio familiare)	GINECOLOGIA	24
Palma di Montechiaro (Consultorio familiare)	GINECOLOGIA	14



PALMA DI MONTECHIARO	DIABETOLOGIA	6
SCIACCA	CARDIOLOGIA (CON COMPETENZE ECOGRAFICHE)	3
CALTABELLOTTA	CARDIOLOGIA	3
SCIACCA	DIABETOLOGIA	6

Gli aspiranti al conferimento dell'incarico (che devono essere Specialisti Ambulatoriali nella stessa branca messa a concorso con un incarico in codesta ASP non a tempo pieno) devono trasmettere al seguente indirizzo di posta elettronica [assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it](mailto:assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it) la domanda di disponibilità (con allegato documento di riconoscimento in corso di validità) dal giorno 7 al giorno **13 NOVEMBRE 2022** .

Conseguentemente, per tali incarichi, la scelta del sanitario avverrà ai sensi dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i. art. 20 comma 1.

Allo specialista che rinuncia al completamento orario verrà applicato il comma 2 del medesimo articolo.

Al presente Bando si allega la domanda di disponibilità che dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte.

**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 F.F. del Dipartimento Cure Primarie e  
Integrazione Socio Sanitaria  
Dott. Ercole Marchica

(allegato B)

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 all'incremento orario nella Branca .....

Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;  
Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;  
Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;  
Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;

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..... i..... ;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di.....;
- di avere conseguito la specializzazione in ..... in data.....;
- Di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento dal..... per n. .... ore settimanali d'incarico;
- Di prestare servizio presso i seguenti Distretti :  
Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;  
Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;  
Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;  
Distretto di.....Poliambulatorio 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