



# 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 :

- N. 6 ore sett.li Branca Nefrologia Poliambulatorio di Agrigento ;
- N. 6 ore sett.li Branca Oncologia Poliambulatorio di Agrigento ;
- N. 3 ore sett.li Branca Psichiatria Casa Circondariale di Agrigento ;
- N.3 ore sett.li Branca ORL Poliambulatorio di Agrigento;
- N. 6 ore sett.li Branca Diabetologia Poliambulatorio di Agrigento;
- N. 6 ore sett.li Odontoiatria Casa Circondariale di Agrigento;
- N. 4 ore sett.li Branca Neurologia Poliambulatorio di Favara;
- N. 4 ore sett.li Branca Endocrinologia Poliambulatorio di Bivona;
- N 6 ore sett.li Branca Diabetologia Poliambulatorio di Bivona
- N. 3 ore sett.li Branca Oncologia Poliambulatorio di Bivona;
- N.4 ore sett.li Branca ORL Poliambulatorio di Bivona;
- N. 6 ore sett.li Branca Angiologia Poliambulatorio di Bivona;
- N. 15 ore sett.li Branca Cardiologia Poliambulatorio di Canicattì;
- N. 3 ore sett.li Branca Geriatria Poliambulatorio di Casteltermini/Cammarata a settimane alterne;
- N. 2 ore sett.li Branca Oncologia Poliambulatorio di Casteltermini;
- N. 2 ore sett.li Branca Nefrologia Poliambulatorio di Licata;
- N.4 ore sett.li Branca Geriatria Poliambulatorio del DSB di Licata ;
- N.5 ore sett.li Branca ORL Poliambulatorio di Ribera;
- N.3 ore sett.li Branca Diabetologia Poliambulatorio di Ribera;

Gli interessati all'attribuzione di tali turni e/o ai turni che si renderanno disponibili a seguito di tale procedura, dovranno compilare istanza di partecipazione (che si allega in copia ) unitamente al documento di riconoscimento in corso di validità.

La comunicazione di disponibilità dovrà essere inoltrata esclusivamente dal 24 Gennaio 2022 al 02 febbraio 2023 al seguente indirizzo PEC: assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it

Il presente avviso viene emesso in data odierna e non nei tempi previsti dall'accordo integrativo aziendale a seguito della disposizione di servizio prot. n. 0007550 della DG.

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. Ercole Marchica

(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.)

A seguito dell'avviso del .....

**COMUNICA**

La propria disponibilità alla mobilità Branca .....

- Dal Distretto di..... Poliambulatorio di .....
  - Al Distretto di ..... Poliambulatorio di.....
  - turni .....
- 
- Dal Distretto di..... Poliambulatorio di .....
  - Al Distretto di ..... Poliambulatorio di.....
  - turni .....
- 
- ai turni che si renderanno disponibili a seguito di tale procedura

**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

---