



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**

**DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA  
U.O. Gestione e Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie Accreditate Interne**

**AVVISO PUBBLICO PER I MEDICI DISPONIBILI ALLA REPERIBILITA' NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO.**

Si comunica che come previsto dall'art. 12 dell'A.I.R. di continuità assistenziale vigente sono riaperti i termini per la presentazione delle domande di disponibilità per l'inserimento nella graduatoria dei reperibili per il servizio di continuità assistenziale di questa Azienda.

I Medici interessati all'inclusione nella graduatoria di cui al presente avviso devono inviare, **entro e non oltre le ore 12.00 del 02/02/2023**, domanda di partecipazione, (come da fac-simile allegato) indirizzata all 'U.O. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture sanitarie accreditate interne ASP 1 V.le della Vittoria, 321 Agrigento, che deve essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità e da dichiarazione sostitutiva di atto notorio, Allegato "L".

Le domande di partecipazione dovranno essere inviate esclusivamente tramite PEC al seguente indirizzo: [protocollo@pec.aspag.it](mailto:protocollo@pec.aspag.it).

Le domande pervenute oltre la data e l'orario suindicati non saranno prese in considerazione.

**Anche i Medici già inseriti nella graduatoria dei reperibili di questa ASP DEVONO presentare domanda.**

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



Il Direttore F.F.  
Dr. Ercole Marchica

## SCHEMA DI DOMANDA

**AL Dirigente Medico Gestione Convenzione**  
**Continuità Assistenziale A.S.P. 1**  
**V.le della Vittoria, 321**  
**AGRIGENTO**

Il Sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

E residente a ..... Via.....N.....

Cell..... P.E.C. ....

### CHIEDE

Di essere inserito nella Graduatoria di Codesta Azienda relativa ai Medici reperibili per il servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art.71 dell'A.C.N. del 29/07/09, con preferenza presso il Presidio di:

1).....

2).....

3).....

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del DPR28/12/00 n. 445 recante il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalla Legge.

### DICHIARA

- Di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- Di essersi abilitato all'esercizio della professione nella \_\_\_\_\_ Sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'università di \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_
- Di essere Titolare / Non titolare nel servizio della Continuità Assistenziale per ore \_\_\_\_\_ settimanali presso il Presidio di \_\_\_\_\_ con anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Medicina Generale della Regione Sicilia con punti \_\_\_\_\_
- Di frequentare/non frequentare Corso di Formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto a Scuole di Specializzazione
- Di non trovarsi in posizione di incompatibilità per ricoprire l'incarico di cui sopra.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs.N196/2003 e s.m.i

Allega alla presente, i sotto elencati documenti;

.....

.....

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per esteso

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_  
ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara  
formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte

Periodo: dal \_\_\_\_\_

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal: \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"