



**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 PNEUMOLOGI
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 Pneumologia, ai sensi dell' art 36 comma 1 dell' A.C.N vigente, per n. 36 ore sett.li così suddivise:

- N. 26 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Agrigento;
- N. 10 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Ribera.

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 **il 19/03/2023** a mezzo pec :

assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it,

Al presente AVVISO, si allega la domanda di disponibilità che dovrà essere debitamente compilata e corredata da fotocopia di un valido documento di identità .

Il Responsabile Ass.te Amm.vo
Giuseppina Russo

Il Dirigente Medico U.O.
e Strutture Sanitarie Accreditate Interne
Dr.ssa R. Riggio



Il Direttore
Dr. Ercole Marchica

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

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico di sostituzione art. 36 comma 1 dell'ACN vigente Branca il giorno..... da espletare presso il Poliambulatorio di.....

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.....;**
- Di essere iscritto al n. della graduatoria Aziendale presso l'Asp di valida nell'anno 2022 ;
- Di non essere iscritto in nessuna graduatoria Aziendale;
- 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 .**
- 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