



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**AVVISO DI DISPONIBILITA' EX ART. 20 COMMA 1 DELL'ACN DEL 31/03/2020 e s.m.i.
(REALIZZAZIONE 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 d'incarico a tempo indeterminato nei giorni e negli orari da concordare con i Direttori dei Distretti così come elencato:

- N. 3 ore sett.li Branca Psichiatria Casa Circondariale di Agrigento;
- N. 3 ore sett.li Branca Diabetologia Poliambulatorio di Favara;
- N. 6 ore sett.li Branca Cardiologia Poliambulatorio di Favara;
- N. 6 ore sett.li Branca Pneumologia Poliambulatorio di Favara;
- N. 6 ore sett.li Branca Radiologia 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. 6 ore sett.li Branca Angiologia Poliambulatorio di Bivona;
- N. 8 ore sett.li Branca Diabetologia Poliambulatorio di Canicattì;
- N. 5 ore sett.li Branca Neurologia Poliambulatorio di Casteltermeni;
- N. 5 ore sett.li Branca Neurologia Poliambulatorio di Cammarata;
- N.3 ore sett.li (settimane alterne) Branca Geriatria Poliambulatorio Casteltermeni/Cammarata;
- N. 2 ore sett.li Branca Oncologia Poliambulatorio di Casteltermeni;
- N. 2 ore sett.li Branca Oncologia Poliambulatorio di Cammarata;
- N. 1 ora sett.le Branca Diabetologia Poliambulatorio di Cammarata;
- N. 4 ore sett.li Branca Nefrologia Poliambulatorio di Licata;
- N. 4 ore sett.li Branca Nefrologia Poliambulatorio di Palma di Montechiaro;
- N. 4 ore sett.li Branca Oncologia Poliambulatorio di Palma Di Mont.ro;
- N. 6 ore sett.li Branca Endocrinologia Poliambulatorio di Ribera;
- N. 4 ore settimanali Branca Geriatria Poliambulatorio di Sciacca;
- N. 5 ore sett.li Branca O.R.L. Poliambulatorio di Sciacca;



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 PEC: assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it la domanda di disponibilità (con allegato documento di riconoscimento in corso di validità) da giorno 1 al giorno 10 Maggio 2023.

Allo specialista che rinuncia al completamento orario, verrà applicato il comma 2 del summenzionato articolo e di percepire l'indennità di disponibilità art. 45 comma 8.

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.

L'ass.te amm.vo
G. Russo



Il Dirigente Medico U.O.
Gestione Conv. Continuità Ass.le
e Strutture Sanitarie accreditate interne
Dr.ssa Rosa Ida Riggio

Il Direttore F.F. Dipartimento Cure Primarie
e Integrazione socio-sanitaria
Dr. 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