



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 intraaziendale riservato agli specialisti ambulatoriali interni di questa Azienda nelle seguenti branche così come elencato:

- N. 3 ore sett.li Branca Psichiatria Casa Circondariale di Agrigento;
- N. 12 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. 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. 5 ore sett.li Branca O.R.L. Poliambulatorio di Naro;

- N. 5 ore sett.li Branca Neurologia Poliambulatorio di Casteltermini;
- N. 5 ore sett.li Branca Neurologia Poliambulatorio di Cammarata;
- N.3 ore sett.li (settimane alterne) Branca Geriatria Poliambulatorio Casteltermini/Cammarata;
- N. 2 ore sett.li Branca Oncologia Poliambulatorio di Casteltermini;
- N. 2 ore sett.li Branca Oncologia Poliambulatorio di Cammarata;

- N. 4 ore settimanali Branca Nefrologia Poliambulatorio di Licata;

- N. 4 ore settimanali Branca Nefrologia Poliambulatorio di Palma di Montechiaro;
- N. 4 ore settimanali 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. 6 ore sett.li Branca Radiologia Poliambulatorio di Sciacca;

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 **15 al 24 Aprile 2023** al seguente indirizzo PEC: **assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it**

Si precisa inoltre, che ai sensi dell'art.30 comma 6, la richiesta di mobilità è riservata a coloro che abbiano svolto almeno (18) mesi di servizio nella sede di provenienza.

Non saranno accolte le disponibilità inviate dopo l'arco temporale suindicato.

L'assistente Amm.vo
Giuseppina Russo



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

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