



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

PTA Poliambulatorio di Favara per n. 11 ore settimanali il:

- Lunedì dalle ore 14.00 alle ore 20.00;
- Mercoledì dalle ore 15.00 alle ore 20.00;

PTA Poliambulatorio di Canicattì per n. 25 ore settimanali il:

- Lunedì dalle ore 08.00 alle ore 13.00;
- Martedì dalle ore 08.00 alle ore 14.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00;
- Mercoledì dalle ore 08.00 alle ore 14.00;
- Giovedì dalle ore 08.00 alle ore 13.00.

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 **10/05/2023** 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 .

L'ass.te Amm.vo
Giuseppina Russo



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

Il Direttore F.F.
Dr. Ercole Marchica

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI DI SOSTITUZIONE SPECIALISTICA
AMBULATORIALE INTERNA ACN del 31/03/2020 e s.m.i**

**ALL'ASP DI AGRIGENTO
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.).....

Telefono.....

COMUNICA

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico di sostituzione Branca il
giorno..... da espletare presso

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.....; presso l'
'Università degli Studi di.....
- di avere o non avere procedimenti disciplinare in corso

DICHIARA ALTRESI

- Di essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 10 dell 'A.C.N. della provincia di Agrigento valida nell' anno 2022 al posto n.
- Di non essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 12 dell' A.C.N. vigente .
- **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 a tal fine allega atto notorio.**
- 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
