



**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](mailto: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.yo  
Giuseppina Russo

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



Il Direttore ff.  
Dr. Ercole Marchica

**DOMANDA DI DISPONIBILITÀ 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 .....