



**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 PNEUMOLOGHI**  
**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. 20 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Agrigento;
- N. 6 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Porto Empedocle;
- 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 21/05/2023** 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 .**

**F.to** Il Dirigente Medico U.O. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture Sanitarie accreditate interne  
Dr.ssa R.Riggio

**F.to** il Direttore f.f. Dip.to Cure Primarie e integrazione socio sanitaria Dr. E.Marchica

DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO  
DETERMINATO ACN del 31/03/2020 e s.m.i Art .22 comma 1 PUBBLICATI il.....

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 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 ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del.....trimestre 2022 .....al posto n. ....
- Di non essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 12, ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del.....trimestre 2022 .
- 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 .....

.....