



**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 PNEUMOLOGI
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 21/05/02023** 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 .

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 DISPONIBILITÀ 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 2022al 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