



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**  
**COMITATO ZONALE**

Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407404

Al Comitato Zonale di Agrigento  
protocollo@pec.aspag.it

**ISTANZA DI INCLUSIONE NELLE GRADUATORIE DI CUI ALL'ART. 19 COMMA 12  
DELL'A.C.N. DEL 31/03/2020 DI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E VETERINARI  
DISPONIBILI ALL'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO, A  
TEMPO DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE PER L'ANNO 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere incluso nella graduatoria di cui all'art. 19 comma 12 del vigente A.C.N. del 31/03/2020 per  
l'anno 2024 della branca di \_\_\_\_\_  
(per i Veterinari specificare se Area A, B, o C) ed a tal fine, in conformità dell'art. 46 del D.P.R.  
28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a  
dichiarazioni non veritiere o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.  
445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA**

- di possedere i seguenti titoli:

a) Laurea in \_\_\_\_\_

conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

b) Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto/a all'Albo professionale dei/degli \_\_\_\_\_

(medici chirurghi - odontoiatri - veterinari) presso l'Ordine di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_;

**DICHIARA INOLTRE**

- di essere iscritto nella graduatoria dell'A.S.P. di Agrigento di cui all'articolo 19 comma 10 del vigente A.C.N. del 31/03/2020 per l'anno 2024, approvata con deliberazione del Commissario Straordinario n. 2054 del 16/11/2023 della branca di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(per i Veterinari specificare se Area A, B, o C)* e di trovarsi nella posizione n. \_\_\_\_\_;

*ovvero*

- di non essere iscritto nella suddetta graduatoria e di possedere i seguenti requisiti di cui all'art. 19 comma 4 del vigente A.C.N. del 31/03/2020:
- a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- b) iscrizione all'Albo professionale;
- c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o specializzazioni della medicina veterinaria previste nell'allegato 2 del citato A.C.N.

*Ai sensi della Norma finale n. 7 dell'A.C.N. possono presentare istanza anche i laureati in odontoiatria e protesi dentaria e i laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri non in possesso del titolo di specializzazione, che saranno collocati in subordine a coloro che sono in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 secondo i seguenti criteri:*

- a) laureati in odontoiatria e protesi dentaria e laureati in medicina e chirurgia, iscritti all'albo degli odontoiatri che abbiano svolto almeno tre anni di attività convenzionale ai sensi del citato Accordo;*  
*b) laureati in odontoiatria e protesi dentaria e ai laureati in medicina e chirurgia, iscritti all'albo degli odontoiatri.*

*Gli aspiranti di cui alla Norma finale n. 7 sono in ogni caso graduati secondo l'anzianità di incarico di odontoiatra a tempo determinato, incarico provvisorio o affidamento di sostituzione ai sensi dell'A.C.N.; in caso di pari anzianità prevale la minore età, l'anzianità di laurea e infine il voto di laurea. A tal fine indicare:*

- anzianità relativa all'attività convenzionale in Odontoiatra per incarichi a tempo determinato, incarichi provvisori o affidamento di sostituzione ai sensi dell'A.C.N.: giorni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_
- voto di laurea: \_\_\_\_\_ /110

**Si allega documento d'identità in corso di validità.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Lo Specialista**

**INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 14 del Reg. UE 2016/679 e del d.lgs 101/18:

" Dichiara di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679 e al D.lgs 101/18 dall'ASP di Agrigento, esclusivamente ai fini del presente procedimento. I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASP di Agrigento, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento ( art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASP di Agrigento va presentata contattando il DPO ASP Agrigento ai seguenti indirizzi di posta elettronica: [dpo@pec.aspag.it](mailto:dpo@pec.aspag.it) [dpo@aspag.it](mailto:dpo@aspag.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso o di adire le opportune sedi giudiziarie. ( Art. 79 del Regolamento).

Luogo e data

---

Firma

---