



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**REGIONE SICILIANA**

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**

Tel. 0922/407111 \* Fax 0922/401229

**DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

---

**AI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI**

- Vista la grave carenza di organico manifestata dal Direttore F.F.UOC di Radiodiagnostica del P.O. Agrigento in cui si chiede di poter utilizzare gli specialisti ambulatoriali interni per la branca di Radiodiagnostica in regime di plus orario;
  - Visto il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale prot .n. 0066255 del 23/04/2024, al fine di non creare disservizio all'utenza, si invitano le S.S.LL che prestano servizio presso questa ASP a esprimere la propria disponibilità al fine di garantire la copertura di turni notturni, feriali e festivi da effettuare in regime **di plus orario** presso il suddetto presidio Ospedaliero e a riscontrare la presente entro il 09/06/2024 a mezzo pec: [dipartimento.cureprimarie@pec.aspag.it](mailto:dipartimento.cureprimarie@pec.aspag.it)
- Alla presente si allega la domanda di disponibilità.

Il Direttore F.F Dipartimento Cure Primarie  
ed integrazione socio sanitaria  
Dott. Ercole Marchica

**AL DIRETTORE F.F. CURE PRIMARIE E  
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA  
V.le della Vittoria, 321  
AGRIGENTO**

Il sottoscritto Dr. ....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... nella via .....

CODICE FISCALE.....

Cellulare .....(obblig.) P.E.C.(obblig.).....

## **COMUNICA**

La propria disponibilità ad effettuare ore di PLUS ORARIO Branca Radiologia presso il P.O. di Agrigento

## **DICHIARA**

- 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
- 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 .....

-----