



**Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**

**AVVISO PROCEDURA PER MOBILITÀ
INTRAZIENDALE AI SENSI DELL'ART. 20 COMMA 1
DELL'ACN DEL 04/04/2024.**

E' indetto ai sensi dell' art. 20 comma 1 dell'ACN del 04/04/2024 un **AVVISO** di mobilità intraziendale riservato agli specialisti ambulatoriali interni di questa Azienda.

Le SS.LL. interessate alla procedura, dovranno compilare apposita domanda (che si allega in copia) da inoltrare esclusivamente dal 01/01/2025 al 31/01/2025 a mezzo PEC: protocollo@pec.aspag.it, unitamente al documento di riconoscimento in corso di validità.

Non saranno accolte le disponibilità inviate dopo l'arco temporale suindicato.

L' Ass.te Amm.vo
Dott.ssa Giuseppina Russo



Il Dirigente Medico del Dipartimento
Dr. Claudio Lombardo

Il Direttore Dipartimento Cure Primarie
e Integrazione socio - sanitaria
Dr. Ercole Marchica

(allegato A)

Al Direttore Dipartimento Cure Primarie
E Integrazione Socio - Sanitaria
A.S.P. 1
V.le della Vittoria, 321
AGRIGENTO

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ nella via _____

CODEICE FISCALE _____

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

A seguito dell'avviso del _____

COMUNICA

La propria disponibilità alla mobilità Branca _____

- Presso il Poliambulatorio di _____ (DSB di _____);
- Presso il Poliambulatorio di _____ (DSB di _____);
- Presso il Poliambulatorio di _____ (DSB di _____);

A tal fine dichiara:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 4445 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole del fatto che, in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale, come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R.,

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____;
- di essere iscritto all'ordine dei medici provincia di _____;
- di aver conseguito la specializzazione in _____ data _____;
- di avere un'anzianità di servizio (anche in altre ASP) a far data dal _____;
- di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento ininterrottamente dal _____ per (attuali) n. ore settimanali d'incarico;
- Di prestare servizio presso i seguenti Distretti:
Distretto di _____ per n. _____ settimanali;
Distretto di _____ per n. _____ settimanali;
Distretto di _____ per n. _____ settimanali;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità;
- di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali 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.

Agrigento il, _____

Firma