



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

AVVISO STRAORDINARIO RIVOLTO AI MEDICI SPECIALISTI
ORTOPEDICI E OTORINOLARINOGOIATRI
PER ASSEGNAZIONE INCARICO
SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

Prot. N. 19605H DEL 19-12-2024

Premesso che questa Azienda, al fine di non creare disservizio ha urgenza di conferire l'incarico trimestrale nelle seguenti Branche Specialistiche come di seguito specificato :

N. 18 ore settimanali branca Ortopedia da espletare presso il Poliambulatorio di Licata;

N. 16 ore settimanali branca di Otorinolaringoiatria da espletare presso il Poliambulatorio di Licata;

N. 16 ore settimanali branca di Otorinolaringoiatria da espletare presso il Poliambulatorio di Agrigento;

L'articolazione oraria verrà concordata in sede di convocazione.

L'incarico cessa di fatto e di diritto e con effetto immediato con la nomina 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 **27/12/2024** 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 .

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dr. Raffaele Ena



Il Direttore Cure Primarie
ed integrazione socio-sanitaria
Dr. Ercole Marchica

A.S.P. AGRIGENTO
Dipartimento Cure Primarie
Dr. Claudio Lombardo
Dirigente Medico

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA A TEMPO DETERMINATO
ACN DEL 04/04/2024 ART. 22 COMMA 1 PUBBLICATI IL**

Al Direttore **S.S. 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.)

Telefono _____

COMUNICA

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico Branca da espletare presso.....

A tal fine dichiara:

- 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 o non avere procedimenti disciplinari 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 202... al posto n.
- Di non essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 12
- Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e di essere 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. 445/2000 a tal fine allega atto notorio.
- 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 li, _____

Firma _____