



**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 OTORINOLARINGOLOGIATRI  
PER ASSEGNAZIONE INCARICO  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA**

Prot. n. 19605 h 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 Ma



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

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

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

Al Direttore ~~ff.~~ 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 20... 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 lì, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_