



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale della Vittoria 321- 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848

DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI AGRIGENTO

U.O.S Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS

AVVISO AI MEDICI PEDIATRI

PER LA PRESENTAZIONE ISTANZE PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE ANNO 2020 PER ASSEGNAZIONE INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE

SI AVVISANO i Signori Medici Pediatri che con D.D.G. n. 2053 del 12/11/2019 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 53 del 29/11/2019 è stata approvata la Graduatoria definitiva di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2020. Come previsto dall'art. 15, commi 7 e 8 dell'Accordo Nazionale di Pediatria del 21/06/2018, questa Azienda predisporrà una **Graduatoria Aziendale** di medici disponibili all'eventuale conferimento di **incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di un incarico di sostituzione**, che verranno graduati secondo i criteri previsti dall'A.C.N. di Pediatria vigente.

Possono partecipare:

- Pediatrati iscritti nella graduatoria regionale
- Pediatrati che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

I Medici Pediatri interessati all'inclusione nella graduatoria aziendale di questa A.S.P. dovranno produrre **istanza di partecipazione in bollo (come da ALLEGATO 1), autocertificazione informativa (allegato L) e copia del documento di identità in corso di validità.**

Saranno prese in considerazione solo le istanze compilate correttamente e saranno invece escluse le istanze incomplete, illeggibili o presentate fuori termine.

Tutti i dati richiesti devono essere posseduti al momento della presentazione dell'istanza.

Le istanze potranno essere presentate **ESCLUSIVAMENTE** attraverso una delle seguenti modalità:

- brevi manu presso il Protocollo Generale di questa A.S.P. in Viale della Vittoria 321.
- a mezzo R/R al seguente indirizzo: Al Responsabile U.O.S. Gestione Conv e Budget MMG e PLS - Viale della Vittoria 321 Agrigento

Le istanze, corredate dai documenti sopra indicati, dovranno pervenire **IMPROROGABILMENTE** entro e non oltre il 05/01/2020

N.B.:

In osservanza a quanto disposto ai fini della riduzione dei costi amministrativi, si informano i Sigg. Medici che questa Azienda procederà alle convocazioni per il conferimento degli eventuali incarichi de quo **ESCLUSIVAMENTE** tramite comunicazione inviata via PEC. A tal fine i Medici dovranno indicare nell'istanza un indirizzo PEC personale, pena la mancata comunicazione alla convocazione.

Il Dirigente Medico
Gestione Conv e budget MMG e PLS
Dott. Diego Amico



Il Direttore del D.S.B. di Agrigento
Dott. Giuseppe Amico

MARCA DA BOLLO

€. 16,00

Al Responsabile U.O.S.
Gestione Conv. E Budget MMG e PLS
Viale della Vittoria, 321
92100 Agrigento

Il sottoscritto Dr. _____ COD. FISCALE _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ in via _____

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

CODICE ENPAM _____

COMUNICA

La propria disponibilità ad assumere incarichi provvisori e di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale di Pediatria valida per l'anno 2020 approvata con D.D.G. n.2053 del 12/11/2019 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 53 del 29/11/2019.

A tal fine, il sottoscritto,

DICHIARA

- Di essere/non essere incluso nella Graduatoria Regionale di Pediatria valida per l'anno 2020 al posto n. _____ con punti _____
- Di avere conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ con voto _____
- Di avere conseguito la Specializzazione in Pediatria in data _____ con voto _____
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con il n. . _____
- 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. A tal fine allega atto notorio (Allegato L)
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 101/2018
- Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

_____, LI _____

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)
(2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"