



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE SICILIANA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**  
Tel. 0922/407111 \* Fax 0922/401229

Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie accreditate interne

**DISPONIBILITA' ANNUALE PER INCARICHI PROVVISORI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Si comunica che è stato pubblicato nella **GURS n. 53 del 29/11/2019** il D.A. 12 novembre 2019 inerente la graduatoria definitiva di Medicina Generale, distinta nei settori di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Territoriale, valida per l'anno 2020.

- Come previsto dall'art. 4 del D.A. sopracitato e dall'art. 11 dell'AIR di continuità assistenziale (D.A. 6 settembre 2010) i medici interessati a svolgere attività di sostituto di continuità assistenziale inseriti nella graduatoria regionale di Settore, non residenti nel territorio dell'ASP, in possesso del titolo del Corso di Formazione in medicina generale, ma non inseriti in graduatoria regionale, ed i medici con laurea post 1994, non in possesso del titolo per l'inserimento nelle sopracitate graduatorie regionali, **dovranno produrre, come da fac-simile allegato, domanda in bollo, autocertificazione informativa (allegato L) e fotocopia del documento d'identità in corso di validità.**

- Al fine di dare applicazione alle disposizioni finalizzate alla riduzione dei costi amministrativi si informano i Sigg. Medici che si procederà alle convocazioni per il conferimento degli incarichi provvisori di continuità assistenziale ESCLUSIVAMENTE tramite comunicazione inviata per mezzo di posta elettronica certificata (PEC).

- **A tal fine i medici dovranno indicare nella domanda un indirizzo PEC personale, pena la mancata comunicazione della convocazione.**

**Saranno prese in considerazione soltanto le domande compilate correttamente e saranno escluse le domande incomplete, illeggibili o presentate fuori termine.**

**Tutti i dati richiesti devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda.**

Le istanze potranno essere presentate esclusivamente:

- brevi manu presso il protocollo generale dell'ASP di Agrigento, V.le della Vittoria, 321;
- tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: **protocollo@pec.aspag.it.**

In caso di trasmissione via PEC, la domanda con i relativi allegati, deve essere inviata in un unico file in formato PDF, sottoscritto unitamente al documento di riconoscimento (l'interessato deve conservare il file inviato in originale cartaceo con firma autografa), unitamente a fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Le domande, corredate dai documenti sopra indicati, dovranno pervenire IMPROPROROGABILMENTE entro e non oltre il **03/01/2020**

Il Dirigente Medico  
Gestione Convenzione Continuità Ass.le  
E Strutture Sanitarie accreditate interne  
Dr.ssa Rosalba Riggio



Il Direttore DSB Agrigento  
Dr. Giuseppe Amico

MARCA DA BOLLO  
€ 16.00  
Solo per i medici **NON**  
inseriti nella Graduatoria  
Regionale

AL Dirigente Medico Gestione Convenzione  
Continuità Assistenziale A.S.P. 1  
V.le della Vittoria, 321  
**AGRIGENTO**

Il sottoscritto Dr. ....

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

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

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

### COMUNICA

La propria disponibilità ad assumere incarichi nel servizio della **continuità assistenziale** presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale valida per l'anno 2019 pubblicata sulla **GURS Parte I n. 53 del 29/11/2019**.

#### A tal fine dichiara:

- Di essere/non essere incluso nella graduatoria Regionale valida per l'anno 2020 al posto n.....con punti.....;
- (1) di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data ..... con voto.....;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
- **di essere/non essere** iscritto al corso di formazione di medicina generale;
- **di avere/non avere** conseguito il corso di formazione di medicina generale in data .....
- **di essere/non essere** iscritto al corso di specializzazione;
- 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.
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. N. 101/2018.
- Il Sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare immediatamente, eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

#### Dati personali

CODICE FISCALE.....

CODICE ENPAM.....

ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI DI..... NUMERO.....

DATA DI LAUREA.....

FIRMA

Agrigento, li .....

(1) Per i Sanitari laureati dopo il 31/12/1994.

**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. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 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 della Legge 626/93:

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 partecipante 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"