



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**AVVISO DI MOBILITA' INTRAZIENDALE AI SENSI DELL' ART. 30 COMMA 6 DELL'ACN  
DEL 31/03/2020**

E' indetto ai sensi dell'art.30 comma 6 dell'ACN vigente un avviso di mobilità intraaziendale riservato agli specialisti ambulatoriali interni di questa Azienda nelle seguenti branche cosi come elencato :

<b>POLIAMBULATORIO</b>	<b>BRANCA</b>	<b>ORE SETT.LI</b>
PTA RIBERA	CARDIOLOGIA CON COMPETENZE IN ECOCARDIOGRAFIA	6
PTA RIBERA	REUMATOLOGIA	4
PTA RIBERA	PNEUMOLOGIA	4
PTA AGRIGENTO	PNEUMOLOGIA	12
PTA AGRIGENTO	OCULISTICA	18
PTA AGRIGENTO	ONCOLOGIA	6
PTA AGRIGENTO	ORL	26
PTA FAVARA	ORL	6
PTA AGRIGENTO	NEUROLOGIA	6
PTA FAVARA	NEUROLOGIA	4
PTA AGRIGENTO	RADIOLOGIA CON COMPETENZE IN ECOGRAFIA	10
PTA FAVARA	RADIOLOGIA CON COMPETENZE IN ECOGRAFIA	10
PTA BIVONA	PNEUMOLOGIA	4
PTA BIVONA	CARDIOLOGIA	3
PTA BIVONA	ANGIOLOGIA	6
PTA CANICATTI'	DIABETOLOGIA	6
PTA LICATA	ORL	4
PTA LICATA	REUMATOLOGIA	6

PTA LICATA	NEFROLOGIA	2
------------	------------	---

Gli interessati dovranno compilare istanza di partecipazione (che si allegano in copia ) unitamente al documento di riconoscimento in corso di validità.

La comunicazione di disponibilità dovrà essere inoltrata esclusivamente dal 15 al 24 Luglio 2021 al seguente indirizzo PEC: **assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it**

Si precisa inoltre, che ai sensi dell'art.30 comma 6, la richiesta di mobilità è riservata a coloro che abbiano svolto almeno diciotto (18) mesi di servizio nella sede di provenienza.

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

Il Dirigente Medico U.O.  
Gestione Convenzione Continuità Ass.le  
e Strutture Sanitarie Accreditate Interne  
Dr.ssa R. Riggio

Il Coordinatore Area Staff D.G. di Agrigento  
Dr. Giuseppe Amico

(allegato A)

AL Dirigente Medico U.O. Gestione Convenzione  
Continuità Assistenziale e strutture  
Sanitarie Accreditate Interne A.S.P. 1  
V.le della Vittoria, 321  
AGRIGENTO

Il sottoscritto Dr. ....

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

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

CODICE FISCALE.....

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

**COMUNICA**

A seguito dell'avviso del .....

La propria disponibilità alla mobilità Branca .....

Dal Distretto di..... Poliambulatorio di ..... Al Distretto di .....  
Poliambulatorio di..... turni .....

**A tal fine dichiara:**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 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 avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data..... ;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici Provincia di.....;
- **di avere conseguito la specializzazione in .....** in data.....;
- 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 li

Firma

-----