



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Tel. 0922/407111 * Fax 0922/401229
P. IVA e C.F. 02570930848

Il Responsabile del procedimento
Giuseppina Russo
Tel. efono: 0922/407393
Fax: 0922/407392

AVVISO PUBBLICO PER I MEDICI DISPONIBILI ALLA REPERIBILITA' NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO.

Si comunica che come previsto dall'art. 12 dell'A.I.R. di continuità assistenziale vigente sono riaperti i termini per la presentazione delle domande di disponibilità per l'inserimento nella graduatoria dei reperibili per il servizio di continuità assistenziale di questa Azienda.

I Medici interessati all'inclusione nella graduatoria di cui al presente avviso devono inviare, entro **10** giorni dalla data di pubblicazione del presente bando nel sito web Aziendale, domanda di partecipazione, (come da fac-simile allegato) indirizzata all 'U.O. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture sanitarie accreditate interne ASP 1 V.le della Vittoria, 321 Agrigento, che deve essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità e da dichiarazione sostitutiva di atto notorio, Allegato "L".

Le domande di partecipazione dovranno essere inviate esclusivamente tramite PEC al seguente indirizzo: protocollo@pec.aspag.it.

Le domande pervenute oltre il **DECIMO** giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito Aziendale non saranno prese in considerazione.

I Medici già inseriti nella graduatoria dei reperibili di questa ASP NON DEVONO presentare domanda.

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.
Dr. Giuseppe Amico

SCHEMA DI DOMANDA

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

Il Sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

E residente a Via.....N.....

Cell..... P.E.C.

CHIEDE

Di essere inserito nella Graduatoria di Codesta Azienda relativa ai Medici reperibili per il servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art.71 dell'A.C.N. del 29/07/09, con preferenza presso il Presidio di:

- 1).....
- 2).....
- 3).....

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del DPR28/12/00 n. 445 recante il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dalla Legge.

DICHIARA

- Di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- Di essersi abilitato all'esercizio della professione nella _____ Sessione dell'anno _____ presso l'università di _____
- Di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____ dal _____ al numero _____
- Di essere Titolare / Non titolare nel servizio della Continuità Assistenziale per ore _____ settimanali presso il Presidio di _____ con anzianità di servizio dal _____
- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Medicina Generale della Regione Sicilia con punti _____
- Di frequentare/non frequentare Corso di Formazione in Medicina Generale
- Di essere/non essere iscritto a Scuole di Specializzazione
- Di non trovarsi in posizione di incompatibilità per ricoprire l'incarico di cui sopra.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs.N196/2003 e s.m.i

Allega alla presente, i sotto elencati documenti;

.....
.....

Data _____

Firma per esteso

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 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"