



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**AVVISO DI DISPONIBILITA EX ART.20 COMMA 1 DELL'ACN DEL 31/03/2020 E SMI  
(REALIZZAZIONE DEL COMPLETAMENTO ORARIO DEL TEMPO PIENO)  
PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI A TEMPO INDETERMINATO**

Si informano le SS.LL., titolari di incarico a tempo indeterminato presso questa ASP , di volere comunicare la propria disponibilità all'incremento orario di incarico a tempo indeterminato nei giorni e negli orari da concordare con i Direttori dei Distretti così come elencato:

<b>POLIAMBULATORIO</b>	<b>BRANCA</b>	<b>ORE SETT.LI</b>
AGRIGENTO	NEUROLOGIA	3
FAVARA	NEUROLOGIA	4
BIVONA	ANGIOLOGIA	6
BIVONA	ONCOLOGIA	3
BIVONA	PNEUMOLOGIA	3
CASTELTERMINI	ONCOLOGIA	2
CASTELTERMINI/ CAMMARATA (A SETTIMANE ALTERNE)	GERIATRIA	3
LICATA	PNEUMOLOGIA	5
LICATA	NEFROLOGIA	2
SCIACCA	CARDIOLOGIA (con competenze ecografiche)	3
SCIACCA	PNEUMOLOGIA	12
CALTABELLOTTA	CARDIOLOGIA	3

Gli aspiranti al conferimento dell'incarico (che devono essere Specialisti Ambulatoriali interni nella stessa branca messa a concorso con un incarico in codesta ASP non a tempo pieno) devono trasmettere al seguente indirizzo di posta elettronica [assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it](mailto:assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it) la domanda di disponibilità (con allegato documento di riconoscimento in corso di validità) **dal giorno 1 al giorno 10 Agosto 2022** .

Conseguentemente, per tali incarichi, la scelta del sanitario avverrà ai sensi dell'ACN del 31/03/2020 e smi art. 20 comma 1.

Allo specialista che rinuncia al completamento orario verrà applicato il comma 2 del medesimo art. 20 e quanto previsto dall'art 45 comma 6

Al presente Bando si allega la domanda di disponibilità che dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte.

**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 Direttore del Dipartimento Cure Primarie e  
Integrazione Socio Sanitaria  
Dott. Giuseppe Amico

(allegato B)

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 all'incremento orario nella Branca .....

- Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;

**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..... i..... ;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di.....;
- di avere conseguito la specializzazione in ..... in data.....;
- Di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso l'Asp di Agrigento dal..... per n. .... ore settimanali d'incarico;
- Di prestare servizio presso i seguenti Distretti :
  - Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;
  - Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;
  - Distretto di.....Poliambulatorio di ..... per n. ....settimanali;
  - Distretto di.....Poliambulatorio 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