



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

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA
U.O. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture sanitarie accreditate interne

AVVISO AI MEDICI SPECIALISTI NEUROLOGI
PER ASSEGNAZIONE INCARICO DI SOSTITUZIONE
SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

Premesso che questa Azienda, al fine di non creare disservizio ha urgenza di conferire l'incarico di sostituzione branca Neurologia, ai sensi dell' art 36 comma 1 dell' A.C.N vigente, per n. 8 ore sett.li così suddivise:

- PTA Poliambulatorio di Casteltermini per n. 5 ore settimanali :
Giovedì dalle ore 08.00 alle ore 13.00
- PTA Poliambulatorio di Cammarata per n. 3 ore settimanali il:
Giovedì dalle ore 15.00 alle ore 18.00.

L'incarico cessa di fatto e di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare.

Per quanto sopra si invitano gli interessati, in possesso dei requisiti previsti dall'A.C.N vigente, a manifestare la propria disponibilità entro e non oltre il **15/09/2022** a mezzo pec :

assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it,

Al presente AVVISO, si allega la domanda di disponibilità che dovrà essere debitamente compilata e corredata da fotocopia di un valido documento di identità .

Il Dirigente Medico U.O.
e Strutture Sanitarie Accreditate Interne
Dr.ssa R. Riggio



Il Direttore
Dr. Giuseppe Amico

**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

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico di sostituzione art. 36 comma 1 dell'ACN vigente Branca il giorno..... da espletare presso il Poliambulatorio di.....

A tal fine dichiara:

- di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
- **di avere conseguito la** specializzazione in in data.....;
- Di essere iscritto al n. della graduatoria Aziendale presso l'Asp di valida nell'anno 2022 ;
- Di non essere iscritto in nessuna graduatoria Aziendale;
- **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 .**
- **Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati 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.**

FIRMA

Agrigento, li
