



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Tel. 0922/407111P. IVA e C.F. 02570930848

Direzione

Viale della Vittoria n. . 321, Agrigento 92100

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI
CUI ALL'ART. 22 DELL'ACN DEL 31/03/2020 E SMI DEL MESE DI SETTEMBRE 2022**

Ai sensi dell'art. 22 comma 1 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i, si procede alla pubblicazione della copertura dei turni ambulatoriali a tempo determinato per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi e non rinnovabili, in quanto finanziato ai sensi del D.A. n. 1975/12, così come di seguito specificato :

DISTRETTO	PRESIDIO	BRANCA	ORE SETT.LI	ARTICOLAZIONE ORARIA
Agrigento	P.O. DI AGRIGENTO U.O.C. PEDIATRIA	DIABETOLOGIA	12	Mercoledì e Giovedì ore 08.00/14.00

Gli aspiranti al conferimento dell' incarico di che trattasi, ai sensi dell'art. 22, comma 1 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i. , devono comunicare la propria disponibilità con lettera raccomandata A/R all'Azienda – UO Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e Strutture Sanitarie Accreditate Interne – Viale della Vittoria n.321, Agrigento 92100 .

La domanda può essere altresì trasmessa, tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata personale del candidato, alla casella di posta elettronica certificata di questa ASP : **protocollo@pec.aspag.it** con allegata copia del documento di riconoscimento in corso di validità (in un unico file in formato PDF sottoscritto dal candidato)

Le comunicazioni della propria disponibilità, devono essere inoltrate esclusivamente **dal 1 al 15 del mese di Settembre 2022**

Per le disponibilità inviate con raccomandata fa fede la data dell'Ufficio postale accettante.

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

Il Dirigente Medico U.O.
Gestione Convenzione Continuità
Ass.le e strutture sanitarie Accr.Interne
Dott.ssa Rosalba Riggio



Il Direttore Dipartimento Cure Primarie
Dott. Giuseppe Amico

DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO
DETERMINATO ACN del 31/03/2020 e s.m.i Art .22 comma 1 PUBBLICATI il.....

ALL'ASP DI AGRIGENTO
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.).....

Telefono.....

COMUNICA

La propria disponibilità al conferimento dell'incarico Branca il giorno..... da
espletare presso

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.....
presso l 'Università degli Studi di.....
- di avere o non avere procedimenti disciplinare in corso

DICHIARA ALTRESI

- Di essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 10 dell 'A.C.N. della provincia di Agrigento, valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del.....trimestre 2022al posto n.
- Di non essere iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 comma 12, ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del.....trimestre 2022 .
- 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 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
