



**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 GERIATRI**  
**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 Geriatria, ai sensi dell' art 36 comma 1 dell' A.C.N vigente, per n. 20 ore sett.li così suddivise:

- Poliambulatorio di Licata per n. 5 ore settimanali  
Venerdì dalle ore 09 alle ore 14.00
- Poliambulatorio di Cattolica Eraclea per n.3ore settimanali  
Lunedì dalle ore 15.00 alle 18.00
- Poliambulatorio di Ribera per n.12 ore sett.li  
Martedì dalle ore 15.00 alle ore 18.00;  
Giovedì dalle ore 08.00 alle ore 14.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00;

Si specifica che il summenzionato incarico avrà una durata di 30 gg. eventualmente rinnovabili e 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 **Lunedì 17/10/2022** a mezzo pec :

**[assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it](mailto:assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it)**

**La domanda dovrà essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità .**

**F.to** Il Dirigente Medico U.O. Gestione Convenzione Continuità Assistenziale e strutture Sanitarie accreditate interne **Dr.ssa R.Riggio**

**F.to** Il Direttore f.f. Dipartimento Cure Primarie e integrazione socio - sanitaria , **Dr. Ercole Marchica**

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 .....

-----