



**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 DEGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO DI  
CUI ALL'ART. 20 DELL'ACN DEL 31/03/2020 E SMI DEL MESE GIUGNO 2023**

Ai sensi dell'art. 20 comma 3 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i, si procede alla pubblicazione dei turni indivisibili di specialistica ambulatoriale che risultano disponibili.

<b>DISTRETTO</b>	<b>PRESIDIO</b>	<b>BRANCA</b>	<b>ORE SETT.LI</b>	<b>ARTICOLAZIONE ORARIA</b>
AGRIGENTO	CASA CIRCONDARIALE	PSICHIATRIA	3	Martedì 09.00/12.00
AGRIGENTO	POLIAMBULATORIO FAVARA	RADIOLOGIA	6	Venerdì 08.00/14.00
AGRIGENTO	POLIAMBULATORIO FAVARA	DIABETOLOGIA	3	Venerdì 09.00/12.00
BIVONA	POLIAMBULATORIO BIVONA	ENDOCRINOLO- GIA	4	Venerdì 9.00/13.00
BIVONA	POLIAMBULATORIO BIVONA	DIABETOLOGIA	6	Mercoledì 8.00/14.00
BIVONA	POLIAMBULATORIO BIVONA	ONCOLOGIA	3	Martedì 9.00/12.00
BIVONA	POLIAMBULATORIO BIVONA	ANGIOLOGIA	6	Giovedì 8.00/14.00
CANICATTI'	POLIAMBULATORIO DI CANICATTI'	DIABETOLOGIA	8	Lunedì 8.00/14.00 e 14.30/16.30
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CASTELTERMINI	NEUROLOGIA	5	Giovedì 8.00/13.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CAMMARATA	NEUROLOGIA	5	Lunedì 8.00/13.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CASTELTERMINI/CAMMARATA (SETTIMANE ALTERNE)	GERIATRIA	3	Lunedì 09.00/12.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CAMMARATA	ONCOLOGIA	2	Martedì 16.30/18.30
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CASTELTERMINI	ONCOLOGIA	2	Martedì 14.00/16.00

CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CAMMARTA	DIABETOLOGIA	1	Venerdì 12.30/13.30
LICATA	POLIAMBULATORIO LICATA	NEFROLOGIA	4	Lunedì 8.00/12.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	NEFROLOGIA	4	Martedì 10.00/14.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	ONCOLOGIA	4	Mercoledì 10.00/14.00
RIBERA	POLIAMBULATORIO DI RIBERA	ENDOCRINOLOGIA	6	Lunedì 8.00/14.00
SCIACCA	POLIAMBULATORIO SCIACCA	GERIATRIA	4	Martedì 8.00/12.00

Sede INAIL	PRESIDIO	BRANCA	ORE SETT.LI	ARTICOLAZIONE ORARIA
AGRIGENTO	Agrigento	NEUROLOGIA	3	Martedì 09.00/12.00

Gli aspiranti al conferimento degli incarichi di che trattasi, ai sensi dell'art. 21, 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 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 (in un unico file in formato PDF sottoscritto dal candidato) la documentazione richiesta (il candidato deve detenere in originale cartaceo con firma autografa il file inviato).

Le domande vanno inviate unitamente a copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Le comunicazioni della propria disponibilità devono essere inoltrate esclusivamente **dal 1° al 15 del mese di Giugno 2023**

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

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

L'ass.te Amm.vo  
Giuseppina Russo

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



Il Direttore f.f. Dipartimento Cure Primarie  
Dott. Ercole Marchica

DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO PUBBLICATI IL \_\_\_\_\_

Alla ASP di Agrigento  
U.O. Gestione Convenzione e Budget Continuità Assistenziale  
E Strutture Sanitarie Accreditate Interne  
V.le della Vittoria,321  
92100 Agrigento  
PEC: [protocollo@pec.aspaq.it](mailto:protocollo@pec.aspaq.it)

**OGGETTO:** Assegnazione turni disponibili Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 31/03/2020 e s.m.i.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

- |   |                                      |                                      |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA | <input type="checkbox"/> ODONTOIATRA | <input type="checkbox"/> VETERINARIO |
| <input type="checkbox"/> BIOLOGO            | <input type="checkbox"/> PSICOLOGO   | <input type="checkbox"/> CHIMICO     |

**Comunica la propria disponibilità all'acquisizione dell'incarico sotto riportato**

Pubblicazione turni vacanti del \_\_\_\_\_ trimestre dell'anno \_\_\_\_\_  
Branca specialistica/area professionale \_\_\_\_\_ n. ore sett.li \_\_\_\_\_  
Da svolgersi presso l'ASP di Agrigento – Distretto/Presidio di \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

Pubblicazione turni vacanti del \_\_\_\_\_ trimestre dell'anno \_\_\_\_\_  
Branca specialistica/area professionale \_\_\_\_\_ n. ore sett.li \_\_\_\_\_  
Da svolgersi presso l'ASP di Agrigento – Distretto/Presidio di \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

Pubblicazione turni vacanti del \_\_\_\_\_ trimestre dell'anno \_\_\_\_\_  
Branca specialistica/area professionale \_\_\_\_\_ n. ore sett.li \_\_\_\_\_  
Da svolgersi presso l'ASP di Agrigento – Distretto/Presidio di \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

E a tal fine ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

1. Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

2. Di essere residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_;
3. Di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_ presso la facoltà di \_\_\_\_\_  
Dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
4. Di aver conseguito la Specializzazione in \_\_\_\_\_ presso la Facoltà di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
In data \_\_\_\_\_;
5. Di essere iscritto all'Albo Professionale dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ o di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei medici e degli odontoiatri  
della provincia di \_\_\_\_\_;
6. Di trovarsi in una delle sotto indicate posizioni, previste dall'art. 21, comma 2, dell'A.C.N. :
- a) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito  
zonale ( compresi INAIL e SASN ) dal \_\_\_\_\_ ( art. 21 comma 2 lett. a );
  - b) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito  
zonale della Regione o di altra Regione confinante dal \_\_\_\_\_ ( art. 21 comma 2 lett. b );
  - c) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non  
confinante dal \_\_\_\_\_ ( art. 21 comma 2 lett. c );
  - d) specialista ambulatoriale titolare d'incarico nelle branche di \_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_, che richiede di concentrare in una sola branca il numero  
complessivo di ore d'incarico ( art. 21 comma 2 lett. d );
  - e) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca di  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, che chiede il passaggio nella branca di  
\_\_\_\_\_ ( art. 21 comma 2 lett. e );
  - f) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato che svolga altra attività  
compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1 ( art. 21, comma 2 lett. f );
  - g) titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa ( limitatamente  
a coloro a cui si applica il presente accordo ) dal \_\_\_\_\_ ( art. 21, comma 2 lett. g );
  - h) iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 dell'A.C.N. , della provincia di Agrigento,  
valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del \_\_\_\_\_° trimestre 202\_\_, al posto n.  
\_\_\_\_\_ ( art. 21, comma 2 lett. h );
  - i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19; ( art. 21  
comma 2 lett. i );
  - j) medico di medicina generale, medico specialista 'pediatra di libera scelta, medico  
dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal \_\_\_\_\_, che intende convertire

completamente il proprio rapporto di lavoro in un incarico specialistico, previa rinuncia al rapporto in corso ( art. 21 comma 2 lett. j );

### DICHIARA INOLTRE

7.  di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico;
8.  di essere disponibile a rimuovere le condizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 dell'A.C.N. 31/03/2020 e s.m.i.;
9.  Che i propri recapiti sono i seguenti:

residente a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC(obbligatoria) \_\_\_\_\_

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il quale si vuole ricevere ogni comunicazione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali forniti con la presente istanza saranno trattati, anche informaticamente, esclusivamente per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione dei turni vacanti, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e, solo per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza/competenza, l'elenco firmato dei documenti inviati.

DATA \_\_\_\_\_

Firma ( per esteso )

\_\_\_\_\_