



**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 MARZO 2022**

Ai sensi dell'art. 22 comma 1 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i, si procede alla pubblicazione della copertura di turno ambulatoriale a tempo determinato per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta, per prestazione di Medicina Legale presso la Sede INAIL di AGRIGENTO di n 30 ore settimanali così articolate:

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 07,30 alle ore 13,30

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 Marzo 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 2022 .....al 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 .....

.....