



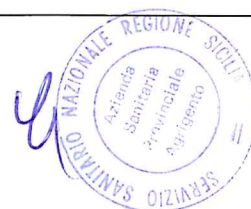
Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

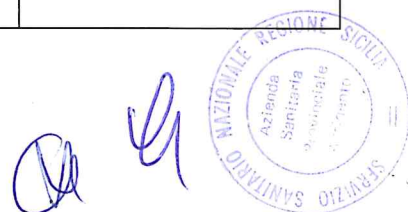
AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO DI CUI ALL'ART. 20 DELL'ACN DEL 31/03/2020 E SMI DEL MESE GIUGNO 2024 RIVOLTO AI MEDICI SPECIALISTI

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.

DISTRETTO	PRESIDIO	BRANCA	ORE SETT. .LI	ARTICOLAZIONE ORARIA
AGRIGENTO	CASA CIRCONDARIALE	PSICHIATRIA	6	Martedì 08.00/14.00
AGRIGENTO	CASA CIRCONDARIALE	PNEUMOLOGIA	6	Mercoledì e Venerdì 09.00/12.00
AGRIGENTO	CASA CIRCONDARIALE	ORTOPEDIA	3	Lunedì 15.00/18.00
AGRIGENTO	POLIAMBULATORIO AGRIGENTO	CHIRURGIA VASCOLARE	6	Lunedì 15.00/19.00 Mercoledì 18.00/20.00
AGRIGENTO	POLIAMBULATORIO AGRIGENTO	MEDICINA DELLO SPORT	12	Martedì 14.00/20.00 Mercoledì 14.00/20.00
AGRIGENTO	POLIAMBULATORIO AGRIGENTO	GERIATRIA	1	Mercoledì 09.00/10.00
AGRIGENTO	POLIAMBULATORIO PORTO EMPEDOCLE	MEDICINA DELLO SPORT	6	Lunedì 14.30/17.30 Martedì 08.00/11.00
AGRIGENTO	POLIAMBULATORIO FAVARA	CHIRURGIA VASCOLARE	6	Mercoledì 08.00/14.00
BIVONA	POLIAMBULATORIO BIVONA	ANGIOLOGIA	6	Martedì 08.00/14.00
BIVONA	POLIAMBULATORIO BIVONA	GERIATRIA	5	Lunedì 09.00/14.00
BIVONA	POLIAMBULATORIO BIVONA	MEDICINA DELLO SPORT	2	Lunedì 09.00/11.00
BIVONA	POLIAMBULATORIO BIVONA	REUMATOLOGIA	3	Venerdì 09.00/12.00
CANICATTI'	POLIAMBULATORIO CANICATTI'	ANGIOLOGIA	8	Martedì 08.00/12.00 Mercoledì 08.00/12.00



CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CASTELTERMINI	CHIRURGIA GENERALE	3	Martedì 15.00/18.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CASTELTERMINI	DERMATOLOGIA	3	Venerdì 08.00/11.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CASTELTERMINI	PNEUMOLOGIA	6	Mercoledì 08.00/14.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CASTELTERMINI	ENDOCRINOLOGIA	3	Mercoledì 08.00/11.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CAMMARATA	ENDOCRINOLOGIA	2	Mercoledì 11.00/13.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CAMMARATA	GERIATRIA	2	Lunedì 12.00/14.00
CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO CAMMARATA	PNEUMOLOGIA	6	Mercoledì 08.00/14.00
LICATA	POLIAMBULATORIO LICATA	ANGIOLOGIA	8	Lunedì 08.00/14.00 e 15.00/17.00
LICATA	POLIAMBULATORIO LICATA	ONCOLOGIA	6	Venerdì 08.00/14.00
LICATA	POLIAMBULATORIO LICATA	ORTOPEDIA	6	Lunedì e Giovedì 15.00/18.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	ONCOLOGIA	12	Lunedì e Giovedì 08.00/14.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	ANGIOLOGIA	4	Lunedì 08.00/12.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	ENDOCRINOLOGIA	6	Mercoledì 08.00/14.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	DERMATOLOGIA	5	Martedì 08.00/13.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	REUMATOLOGIA	4	Martedì 08.00/12.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	PNEUMOLOGIA	4	Lunedì 08.00/12.00
LICATA	POLIAMBULATORIO PALMA DI MONTECHIARO	GERIATRIA	5	Venerdì 08.00/13.00
RIBERA	POLIAMBULATORIO RIBERA	ANGIOLOGIA	6	Martedì 08.00/14.00
RIBERA	POLIAMBULATORIO RIBERA	ALLERGOLOGIA	6	Giovedì 08.00/14.00



SCIACCA	POLIAMBULATORIO SCIACCA	PNEUMOLOGIA	4	Mercoledì 15.00/19.00
SCIACCA	P.O. SCIACCA	PATOLOGIA CLINICA	24	Lunedì – Mercoledì e Venerdì 09.00/14.00 e 14.30/17.30

SEDE INAIL	PRESIDIO	BRANCA	ORE SETT.LI	ARTICOLAZIONE ORARIA
AGRIGENTO	AGRIGENTO	O.R.L.	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).

Per i turni per i quali è richiesto il possesso della particolare competenza specifica: i candidati, unitamente alla dichiarazione di disponibilità, dovranno presentare, a norma di legge, il curriculum formativo-professionale e la documentazione comprovante il possesso dei requisiti previsti per la competenza richiesta.

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 2024**

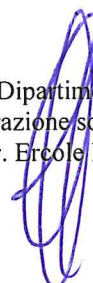
Per le disponibilità inviate con raccomandata fa fede la data dell'Ufficio postale accettante.

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

Il Resp.le del Procedimento
Dott.ssa Giuseppina Russo




Direttore F.F. Dipartimento Cure Primarie
e Integrazione socio - sanitaria
Dr. 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.aspag.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. _____

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ MEDICO SPECIALISTA | ☐ ODONTOIATRA | ☐ VETERINARIO |
| ☐ BIOLOGO | ☐ PSICOLOGO | ☐ 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)
