



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA
U.O.C. CURE PRIMARIE

Contrada La Pizzuta c/o ex ONP - 96100 SIRACUSA – PEC cure.primarie@pec.asp.sr.it

In ottemperanza a quanto disposto dal Servizio 6 del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica con nota prot. n. 10384 del 10/02/23 avente per oggetto " Autorizzazione per l'espletamento di Corsi per la formazione sull'emergenza di medici da impiegare sui mezzi di soccorso del SUES 118" è indetto un

AVVISO PUBBLICO

per la partecipazione ad un Corso di Formazione di Emergenza e Maxiemergenza secondo Linee Guida internazionali rivolto ai medici neolaureati, medici UCA, medici di Continuità Assistenziale, ai medici non in possesso dell'attestato di Formazione per l'Emergenza.

Il suddetto Corso, organizzato dalla Centrale Operativa 118 in collaborazione con la UOS Formazione dell'ASP di Siracusa, sarà effettuato in un arco temporale di due settimane per un totale complessivo di 100 ore.

La partecipazione al Corso obbligherà i partecipanti, per un periodo di 24 mesi dalla data di conseguimento dell'attestato di formazione, ad accettare eventuali incarichi convenzionali, con carattere di esclusività, nell'ambito dei servizi di Emergenza territoriale sanitaria dell'ASP di Siracusa, con impiego sui mezzi di soccorso del SUES 118, remunerati secondo quanto previsto dai vigenti Accordi.

L'istanza dovrà essere inviata tramite pec all'indirizzo: cure.primarie@pec.asp.sr.it , utilizzando l'allegato modulo, entro il 28/02/2023.

Le istanze saranno graduate:

1. Minor età al momento della Laurea;
2. Voto di Laurea;
3. Anzianità di Laurea.

Il Responsabile ad interim

U.O.S.D. PTE / 118

Dott. Francesco Oliveri

Il Direttore ad interim

U.O.C. Cure Primarie

Dott. Lorenzo Spina



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Il Sottoscritto Dott. _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ codice fiscale _____

Laureato in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di

_____ con voto _____ Iscritto all'Ordine dei Medici

Chirurghi ed Odontoiatri di _____ con numero _____.

cellulare _____ pec _____.

DICHIARA

Di voler partecipare al Corso di formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità, cui alla nota prot. 10384 del 10/02/23 avente per oggetto "Autorizzazione per l'espletamento di Corsi per la formazione sull'emergenza di medici da impiegare sui mezzi di soccorso del SUES 118".

Il sottoscritto/a si impegna, altresì come previsto dall'art. 15 del Decreto del 25/03/2004 pubblicato sulla GURS n. 16 del 09/04/2004, per i 24 mesi successivi dalla data del conseguimento dell'attestato, ad accettare eventuali convenzioni nell'ambito dei servizi di Emergenza sanitaria territoriale dell'ASP di Siracusa, ovvero in caso di non accettazione dell'assegnazione, a corrispondere alla suddetta ASP di Siracusa, che organizza il corso, la cifra forfettaria di euro 3.000,00 a titolo di compartecipazione alle spese sostenute dalla stessa per la formazione.

FIRMA