Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA
U.O.C. CURE PRIMARIE
Contrada La Pizzuta c/o ex ONP - 96100 Siracusa
PEC cureprimarie2@pec.asp.sr.it - Tel. 0931/484679

AVVISO PUBBLICO INTERNO PER LA FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE AI FINI DELL'INDIVIDUAZIONE DEI "RESPONSABILI DI BRANCA" RISERVATO AI MEDICI TITOLARI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA E VETERINARIA DELL'ASP DI SIRACUSA, PER GLI ANNI 2024-2025, AI SENSI DELL'ART. 7 DEL VIGENTE A.I.R, APPROVATO CON D.A. 1675/12

I medici Specialisti Ambulatoriali Interni e Veterinari titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria di Siracusa, interessati a partecipare alla procedura del Bando di Nomina del Responsabile di Branca, sono invitati a presentare apposita istanza all'ASP di Siracusa, utilizzando l'allegato modello. Le istanze di partecipazione dovranno pervenire entro **le ore 23.59 del 31 Marzo 2024** ed inviate tramite pec all'indirizzo: cure.primarie@pec.asp.sr.it.

Potranno presentare istanza per l'individuazione e la nomina di Responsabile di Branca esclusivamente i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni e Veterinari dell'ASP di Siracusa.
Il termine di presentazione è perentorio.

Nella domanda dovrà essere specificato:
· Nome e Cognome;
· data e luogo di nascita;
· Indirizzo completo e recapito telefonico;
· Branca di titolarità di Specialistica Ambulatoriale Interna e Veterinaria, numero di ore di incarico e numero di accessi settimanali in Azienda;

Le condizioni essenziali di accesso al coordinamento di branca ai sensi dell'art. 7 dell'AiR sono:
a) titolarità di incarico a tempo indeterminato per lo svolgimento in via esclusiva di attività specialistica ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente;
b) titolarità di incarichi di specialistica ambulatoriale interna per almeno 25 ore;
c) almeno 3 accessi settimanali nell'ambito aziendale;
d) numero di specialisti pari o superiore a due nella branca.

Nella domanda di partecipazione dovranno essere specificati:
1) le ore di incarico a tempo indeterminato settimanali;
2) il numero di accessi settimanali nell'ambito aziendale;
3) l'anzianità di servizio nella branca specialistica.

La pubblicazione sul sito web aziendale di tale bando ha valore di notifica e comunicazione ad ogni effetto di legge.

Il Direttore ad interim
dell'U.O.C. CURE PRIMARIE
Dott. Lorenzo Spina

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA per RESPONSABILE DI BRANCA per l'A.S.P. SIRACUSA Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

ex art. 7 dell 'Accordo Integrativo Regionale dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici, veterinari e delle altre professionalità ambulatoriali, approvato con D.A. 28 agosto 2012 pubblicato sulla G.U.R.S parte I n. 41 del 28 settembre 2012, come modificato dal D.A. del 10 dicembre 2012 pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 54 del 21 dicembre 2012, che ha integrato e sostituito il citato art. 7 e per quanto compatibile con il vigente A.C. N. 31.03.2020 s.m.i..

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
UOC Cure Primarie
PEC: cure.primarie@pec.asp.sr.it

Il sottoscritto Dott. _____,
nato a _____ (prov.__) il ___/___/_____, Codice Fiscale _____, residente a _____
(prov. _____) in via/corso/piazza/c.da* _____ n. _____
CAP _____ cell. _____ Email_____
PEC_____

nella qualità di Specialista Ambulatoriale interno incaricato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa nella branca di _____,
CHIEDE di essere incluso nella graduatoria per RESPONSABILE DI BRANCA di area, relativa alla Provincia di Siracusa

secondo quanto previsto all'art. 7 dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici veterinari e delle altre professionalità ambulatoriali, approvato con D.A. 28 agosto 2012 pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 41 del 28 settembre 2012, come modificato dal D.A. del 10 dicembre 2012 pubblicato sulla G.U.R.S. parte I n. 54 del 21 dicembre 2012, che ha integrato e sostituito il citato art. 7, e per quanto compatibile con il vigente A.C.N. 31.03.2020 s.m.i..

A tal fine, ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del sopra citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere in possesso dei requisiti di cui al comma 4 art. 19 del vigente A.C.N. 31.03.2020 s.m.i. ed in particolare:

1) di essere cittadino italiano;
2) di essere iscritto all'Albo Professionale dei _____ presso l'Ordine Provinciale di _____ al n.____, a far data dal _____ e fino a tutt'oggi;
3) di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ nella sessione _____ anno _____ presso l'Università degli Studi di _____
4) di possedere il diploma di laurea in _____ conseguito in data ___/ ___/ ____ presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di _____ riportando la votazione di _____

5) di possedere il diploma di specializzazione in _____ conseguito in data ___/ ___/ ____ presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di _____ riportando la votazione di _____

Dichiara, altresì:

6) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per lo svolgimento in via esclusiva di attività specialistica ambulatoriale regolamentata dall'A.C.N. presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa a far data dal _____;

7) di essere in atto titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa quale Specialista Ambulatoriale interno nella Branca di _____ per n. _____ ore sett.li

8) di essere, inoltre, in atto titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ quale Specialista Ambulatoriale interno nella Branca di _____ per n. _____ ore sett.li

9) di svolgere in atto complessivi n. _____ accessi settimanali presso il distretto/i distretti di _____ per complessive n. _____ ore settimanali di incarico

Il sottoscritto, impegnandosi a comunicare per iscritto eventuali variazioni del recapito, dichiara di eleggere il seguente domicilio per qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione:

via/corso/piazza/c.da* _____ n. _____

Comune _____ prov. _____)CAP _____

cell. _____ Email_____

PEC_____

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 e del GDPR 679/2016, l'Amministrazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e/o formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della selezione.

Si allega alla presente copia del documento d'identità

Dott. _____

Firma _____