



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - SIRACUSA
C.da La Pizzuta, c/o ex ONP - 96100 SIRACUSA - ☎ 0931/484686
0931/484676 – e-mail: cureprimarie@asp.sr.it PEC: cure.primarie@pec.asp.sr.it

U.O.C. Cure Primarie

Direttore ad Interim Dott. Lorenzo Spina
Traversa La Pizzuta, 17 - 96100 Siracusa
Resp. istruttoria Marinella Miraglia

OGGETTO: Integrazione pubblicazione turni specialistici ambulatoriali III trimestre 2022.

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 commi 3 e 21 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i. e preso atto di quanto disposto ad integrazione del verbale del Comitato Zonale del 22/08/2022 per la pubblicazione di ulteriori 15 ore di Medicina Legale;

Rilevata l'urgenza di provvedere in merito;

Viene pubblicata la sottoindicata richiesta di turni carenti di Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna a Tempo indeterminato:

BRANCA	TOT	ORE	SEDE
INCARICO SETTIMANALE			
MEDICINA LEGALE	15	15	Casa di Reclusione di Augusta

N.B. Gli specialisti ambulatoriali aspiranti agli incarichi disponibili devono, entro il 15° giorno da quello della pubblicazione, comunicare la loro disponibilità al Direttore UOC Cure Primarie Trav. La Pizzuta ex ONP – 96100 Siracusa.

La domanda dovrà essere presentata via PEC all'indirizzo: cure.primarie@pec.asp.sr.it mediante l'allegata modulistica, in forma autocertificata e allegando copia di documento d'identità entro le ore 8,00 del 21/10/2022.

Per eventuali ed ulteriori informazioni contattare i num. 0931/484686 – 0931/484676.

Il Direttore ad interim UOC Cure Primarie
Dott. Lorenzo Spina



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Spett.le

Marca da bollo

ASP DI SIRACUSA
UOC CURE PRIMARIE SPECIALISTICA AMBULATORIALE
CORSO GELONE N. 17
96100 SIRACUSA

PEC cure.primarie@pec.asp.sr.it

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ORE CARENTI III TRIMESTRE 2022

Il/la sottoscritto/a (nome cognome) _____ nato/a a _____

(Prov. _____) il _____ residente a _____ Via _____

n° _____ Cap _____ Tel. _____ email _____

Specializzato in _____ vista la pubblicazione del III TRIMESTRE 2022

INCARICO A TEMPO INDETERMINATO NELLA BRANCA DI _____ SEDE

PTA/AMB./C.D.R. DI _____ DISTRETTO DI _____ PER UN

TOTALE DI N. _____ ORE SETT.LI/MENSILI, OVVERO RIPARTITE COME SEGUE:

N. _____ SEDE _____ - N. _____ SEDE _____

N. _____ SEDE _____ - N. _____ SEDE _____

Disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, ai sensi degli artt. 20 comma 3 e 21 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i.

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....
- di essere incluso nella vigente graduatoria della specialistica ambulatoriale anno 2023 di questa ASP di Siracusa per la medesima branca specialistica con il seguente punteggio _____ e posizione in graduatoria _____
- di possedere diploma di laurea (DLS) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria -

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
sede legale

medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia) con voto/100 senza lode con lode, conseguita presso l'Università di in data...../...../.....;

di possedere diploma di laurea (DL) la laurea della classe corrispondente in (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia) con voto/110 senza lode con lode, conseguita presso l'Università di in data...../...../.....;

di possedere specializzazione in con voto/110 senza lode con lode conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;

di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione..... presso l'Università di.....;

di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di..... dal.....

di essere non essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali per l'assegnazione dei turni "con particolari competenze professionali" nella branca di **RADIOLOGIA "CON COMPETENZE IN DIAGNOSTICA PESANTE R.M./TAC"** - **allegare c.v. formativo e professionale in formato europeo allegando copia di documento di identità (la cui valutazione sarà demandata da Commissione a tal uopo designata dal competente Comitato Zonale di questa A.S.P. di Siracusa);**

di essere non essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali per l'assegnazione dei turni "con particolari competenze professionali" nella branca di **GINECOLOGIA "CON COMPETENZE IN ECOGRAFIA OSTETRICO-GINECOLOGICA"** **allegare c.v. formativo e professionale in formato europeo allegando copia di documento di identità (la cui valutazione sarà demandata da Commissione a tal uopo designata dal competente Comitato Zonale di questa A.S.P. di Siracusa);**

il/la sottoscritto/a dichiara altresì,

- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

di trovarsi **nella seguente posizione lavorativa:**

di essere Dirigente Medico a tempo determinato o indeterminato c/o _____;

di essere non essere Specialista Ambulatoriale convenzionato interno a tempo indeterminato dal _____ ad oggi, senza interruzione di attività, presso le seguenti Aziende Sanitarie come di seguito si trascrive:

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
sede legale

SEDE	DAL	AL
SEDE	DAL	AL

a) **Tipologia di lavoro e contratto** Dirigente Medico a tempo determinato o indeterminato, rapporto libero professionale; M.M.G.; P.L.S.; *altre attività in con il S.S.N. non compatibili che dovranno essere revocate prima dell'immissione in servizio:* _____;

b) **Attuale sede di lavoro:** _____ (prov. ____)

d) **Struttura Sanitaria** (specificare se Ats, Inail, Ospedale, ecc. pubblica, privata o privata convenzionata) _____

di essere non essere immediatamente disponibile, specificare _____

di essere non essere stato dichiarato idoneo alla mansione di Specialista Ambulatoriale Convenzionato interno (in mancanza di valida attestazione di idoneità di altro Ente del S.S.N. non convenzionato, la visita medica dovrà essere effettuata prima dell'immissione in servizio)

di essere non essere in possesso di formazione base di n. 4 ore ai sensi del D.Lgs 9 Aprile 2008, 81 (adeguata formazione dovrà essere effettuata prima dell'immissione in servizio).

disponibile all'immissione in servizio a decorrere dal _____ immediatamente disponibile;

Qualora, a seguito della nuova individuazione, il monte orario settimanale dovesse superare il tetto massimo consentito di n. 38 ore sett.li (art. 26 ACN/15), il/la sottoscritto/a dichiara di rinunciare a n. ____ ore del seguente incarico _____

Qualora, a seguito della nuova individuazione, il/la sottoscritto/a dichiara di rinunciare alla seguente attività _____ perché incompatibile con l'incarico subentrante.

(Data), _____

IL DICHIARANTE

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
sede legale

(firma per esteso e leggibile)

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del **Regolamento generale per la protezione dei dati personali** n. 2016/679 ex artt. 13) e 23) del D.lgs 196/2003 e s.m.i. ed in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti nella domanda di partecipazione alle ore per la specialistica ambulatoriale, è diretto esclusivamente alla gestione della procedura relativa alla individuazione dell'avente diritto alle ore pubblicate trimestralmente dall'ASP di Siracusa;
- 2) Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la domanda non potrà essere accolta;
- 3) I dati personali, limitatamente alla formazione della graduatoria finale, saranno pubblicati sul sito dall'ASP di Siracusa, sezione COMITATI _COMITATO ZONALE;
- 4) L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- 5) Titolare e Responsabile del Trattamento dei dati è l'ASP di Siracusa **mail: rpd@asp.sr.it**

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui

sopra ed

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 139/2021 e s.m.i. con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della presentazione della domanda di partecipazione alle ore carenti relative alla specialistica ambulatoriale per le quali si presta la disponibilità.

DATA _____ (Firma leggibile) _____



ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art' 642/1972

DICHIARAZIONE

ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

La/Il sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ (Prov.) ____ / /

residente a _____

Via/p.zza _____ n. _____

Cod. Fisc.

Con riferimento alla domanda _____

Essendo obbligatorio indicare, negli atti e nella modulistica informatica, la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in casi di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA,

che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca sul cartaceo della domanda trattenuto in originale presso il mittente a disposizione degli organi di controllo, a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata ha

IDENTIFICATIVO

Data _____

_____ *firma*