

REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
SIRACUSA

---

U.O.C CURE PRIMARIE

Contrada La Pizzuta c/o ex ONP - 96100 SIRACUSA - Fax 0931/484676 - I 0931/484679

Oggetto: Parziale rettifica pubblicazione turni specialistici ambulatoriali I trimestre 2022

A parziale rettifica della pubblicazione ore carenti I trimestre 2022 si specifica che per mero refuso la data del verbale è 11/03/2022 e non 11/03/2021, resta invariato ogni altro contenuto.

Distinti saluti.

Il Direttore ad interim U.O.C. Cure Primarie  
Dott. Lorenzo Spina





Regione Siciliana  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - SIRACUSA  
U.O.C. CURE PRIMARIE

C.da La Pizzuta, c/o ex ONP - 96100 SIRACUSA - Fax 0931/484647 ☎ 0931/484686  
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

Prot. n. 1965 /C.P.

Siracusa, 15/03/2022

**OGGETTO:** pubblicazione turni specialistici ambulatoriali I trimestre 2022.

in ottemperanza a quanto previsto dal vigente ACN e dal verbale del Comitato Zonale del 22/02/2022, vistato dal Delegato del Direttore Generale, si pubblicano le seguenti ore carenti di specialista ambulatoriale interna a tempo indeterminato:

BRANCA	TOT	ORE		SEDI
ANGIOLOGIA (con competenze sul trattamento del linfedema e delle altre patologie correlate al sistema linfatico)	18	18 (DICHIOTTO)	sett.li	POLIAMBULATORIO DI SIRACUSA – DISTRETTO DI SIRACUSA
FISIATRIA	10	10 (DIECI)	sett.li	PTA LENTINI – DISTRETTO DI LENTINI
RADIOLOGIA	32	32 (TRENTADUE)	sett.li	PTA SIRACUSA – DISTRETTO SIRACUSA
NEFROLOGIA	7	7 (SETTE)	sett.li	PTA PALAZZOLO ACREIDE – DISTRETTO SIRACUSA
ORTOPEDIA	14	4 (QUATTRO)	sett.li	PTA SORTINO – DISTRETTO DI SIRACUSA
		10 (DIECI)	sett.li	PTA DI PACHINO PORTOPALO - DISTRETTO DI NOTO
PNEUMOLOGIA	15	5 (CINQUE)	sett.li	PTA NOTO - DISTRETTO DI NOTO
		5 (CINQUE)	sett.li	PTA AUGUSTA – DISTRETTO DI AUGUSTA
		5 (CINQUE)	sett.li	PTA SIRACUSA – DISTRETTO SIRACUSA
NEUROLOGIA	5	5 (CINQUE)	sett.li	PTA AUGUSTA – DISTRETTO 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 in forma autocertificata via PEC all'indirizzo: [cure.primarie@pec.asp.sr.it](mailto:cure.primarie@pec.asp.sr.it) utilizzando la modulistica allegata, pena l'esclusione dalla procedura.

**Costituiscono requisito essenziale:**

1. Copia fotostatica documento di identità personale;
2. Marca da bollo € 16,00;
3. Annullamento marca da bollo mediante l'apposito modulo;
4. Annullamento marca da bollo mediante apposizione della data di presentazione della domanda sulla stessa;
5. Competenze certificate *sul trattamento del Linfedema ed altre patologie correlate al sistema linfatico nella branca di Angiologia, certificate da curriculum vitae in formato Europeo.*

**Per eventuali informazioni telefonare al n. 0931/484686**

Il Direttore ad interim UOC Cure Primarie  
Dott. Lorenzo Spina



Regione Siciliana  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Marca da  
bollo  
€ 16,00

Spett.le

ASP DI SIRACUSA  
UOC CURE PRIMARIE SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
CORSO GELONE N. 17  
96100 SIRACUSA  
PEC [cure.primarie@pec.asp.sr.it](mailto:cure.primarie@pec.asp.sr.it)

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ORE CARENTI I TRIMESTRE 2022**

Il/la sottoscritto/a (nome cognome) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Specializzato in \_\_\_\_\_ vista la pubblicazione del I TRIMESTRE 2022

**INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI N. \_\_\_\_\_ ORE SETTIMANALI/MENSILI NELLA BRANCA DI**

\_\_\_\_\_ SEDE/| \_\_\_\_\_ PER UN TOTALE DI ORE \_\_\_\_\_

Ex artt. 19 e/o 20 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs n. 502/92 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 2020 di questa Azienda \_\_\_\_\_ per la medesima branca specialistica con il seguente punteggio \_\_\_\_\_ e posizione in graduatoria \_\_\_\_\_
- di essere  non essere in possesso di specializzazione o altro titolo preferenziale per la branca di

Angiologia: Esperto in ecografia dell'apparato muscolo scheletrico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. (la cui valutazione sarà demandata da Commissione a  
tal uopo costituita presso il competente Comitato Zonale di questa A.S.P. di Siracusa);

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa  
sede legale

96100 Siracusa SR – Corso Gelone, 17 – Tel. 0931.484676 Fax 0931.484657 – [www.asp.sr.it](http://www.asp.sr.it) P.IVA 09314290967 C.F. 01661590891

di possedere il diploma di laurea (DL)  la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia) con voto ...../100  senza lode  con lode, conseguita presso l'Università di ..... in data...../...../.....;

di possedere laurea specialistica/magistrale con voto ...../100  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.....

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 avere svolto la seguente attività professionale, ai sensi dell'ACN 31.03.2020, nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (*indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre dell'anno precedente*):

di trovarsi nella seguente posizione lavorativa:

a) **Tipologia di lavoro e contratto** (specificare se dipendente a tempo determinato o indeterminato, convenzionato a tempo determinato o indeterminato, rapporto libero professionale):

b) **Attuale sede di lavoro:** \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_)

c) **Data di Assunzione** \_\_\_\_\_ **Data di fine rapporto** \_\_\_\_\_

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

**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** \_\_\_\_\_

(Data), \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa  
sede legale

## 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. 196/2003 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*

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....)il.....M\_F\_\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....Cap.....  
telefono.....  
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (*in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività* \_\_\_\_\_);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) 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;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. *(in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività* \_\_\_\_\_);
13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale *(in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* \_\_\_\_\_);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):* \_\_\_\_\_;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta* \_\_\_\_\_ *e la misura dell'indennità percepita* \_\_\_\_\_).

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
.....



Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_

*(1) cancellare la parte che non interessa*

*(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità*

*(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.*

**N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.**