



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: pubblicazione turni specialistici ambulatoriali IV trimestre 2023 scadenza 16/12/2023

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 comma 3 e dall'art. 21 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i. e preso atto di quanto disposto dal verbale del Comitato Zonale del 13/11/2023 alle ore 15,30 a firma del Commissario Straordinario, si pubblicano i turni carenti di Specialistica Ambulatoriale convenzionata Interna a tempo indeterminato;

BRANCA	TOT	ORE	SEDI
INCARICHI SETTIMANALI			
PSICHIATRIA	2	2	MEDICINA PENITENZIARIA
UROLOGIA	15	5	PTA NOTO
		4	PTA AUGUSTA
		6	PTA SIRACUSA
NEFROLOGIA	5	5	PTA PALAZZOLO
CARDIOLOGIA	2	2	MEDICINA PENITENZIARIA
DERMATOLOGIA	7	2	AMB. FERLA
		5	PTA NOTO

N.B. Gli specialisti ambulatoriali aspiranti agli incarichi disponibili devono, entro il 15° giorno da quello della pubblicazione, comunicare la loro disponibilità al Direttore U.O.C. 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 00,00 del 16/12/2023.

Tali Competenze saranno valutate da Commissione a tal uopo costituita dal Comitato Zonale Aziendale, come prescritto dal vigente A.C.N.

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

Il Segretario del Comitato Consultivo Zonale
Dott.ssa Donatella Capizzello

Il Direttore ad Interim della UOC Cure Primarie
Dott. Lorenzo Spina
Il Direttore dell'A.D.I.S.S.
Dott. Anselmo Madeddu



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA
Corso Gelone, 17
96100 SIRACUSA

Marca da bollo
€ 16,00

Spett.le
ASP DI SIRACUSA
UOC CURE PRIMARIE
"SPECIALISTICA AMBULATORIALE"

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

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ORE CARENTI IV TRIMESTRE 2023

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

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

n° _____ Cap _____ Tel. _____ email _____

Specializzato in _____ vista la pubblicazione del IV TRIMESTRE 2023

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 _____

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 valevole per l'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

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa

sede legale

96100 Siracusa SR – Corso Gelone, 17 – Tel. 0931.484676 – www.asp.sr.it P.IVA 01661590891 C.F. 01661590891

dentaria - 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 incon 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.....

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 convenzione con il S.S.N. non compatibili che
dovranno essere revocate prima dell'immissione in servizio*;

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:

Anzianità di servizio in convenzione a Tempo indeterminato

SEDE	DAL	AL

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

**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 _____**

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
sede legale

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

(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](mailto: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) _____

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
sede legale



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*