



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 I trimestre 2023 scadenza 24/03/2023

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 17/02/2023 alle ore 12,00 a firma del Direttore Generale, si pubblicano i turni carenti di Specialistica Ambulatoriale convenzionata Interna a tempo indeterminato;

BRANCA	TOT	ORE	SEDI
INCARICHI SETTIMANALI			
ANGIOLOGIA	38	9	PTA di Augusta - Distretto di Augusta
		4	PTA di Lentini - Distretto di Lentini
		10	PTA di Noto - Distretto di Noto
		4	Amb. Pachino - Distretto di Noto
		11	PTA di Siracusa - Distretto di Siracusa
NEUROPSICHIATRIA (con competenze specifiche per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico).	8	8	Amb. Avola - Distretto di Noto
NEUROLOGIA	6	3	Amb. Pachino - Distretto di Noto
		3	Amb. Rosolini - Distretto di Noto
OFTALMOLOGIA	88	38	PTA Augusta - Distretto di Augusta
		10	Amb. Melilli - Distretto di Augusta
		38	PTA Siracusa - Distretto di Siracusa
		2	INAIL sede di Siracusa
UROLOGIA	6	3	Amb. Pachino - Distretto di Noto
		3	Amb. Rosolini - Distretto di Noto
GERIATRIA	9	9	Amb. Pachino - Distretto di Noto
CARDIOLOGIA	19	5	PTA Siracusa - Distretto di Siracusa (con competenze in prove da sforzo ed ecografia pediatrica e fetale)
		2	Amb. Buccheri - Distretto di Siracusa
		2	Amb. Buscemi - Distretto di Siracusa
		3	CR Augusta
		4	Amb. Pachino - Distretto di Noto
		3	Amb. Pachino (domiciliari) - Distretto di Noto

OTORINOLARINGOIATRIA da dedicare ad attività domiciliari per cambio cannula tracheostomia (per tutti i 4 Distretti).	5	5	PTA Siracusa – Distretto di Siracusa
PNEUMOLOGIA (a valenza aziendale)	8	8	PTA Siracusa – Distretto Siracusa
DERMATOLOGIA	7	2	Amb. Pachino – Distretto di Noto
		4	Casa di Reclusione di Augusta
		1	PTA Noto – Distretto Noto
GINECOLOGIA (con competenze in ecografia ostetrico-ginecologica)	11	7	PTA Siracusa – Distretto Siracusa
		4	Amb. Melilli – 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 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 8,00 del 24/03/2023, unitamente al Curriculum Vitae formativo e professionale in formato Europeo, per le branche con competenze specifiche.

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. 0931/484686 – 0931/484676.

Il Direttore ad interim UOC Cure Primarie
Dott. Lorenzo Spina





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 I trimestre 2023 scadenza 24/03/2023

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 17/02/2023 alle ore 12,00 a firma del Direttore Generale, si pubblicano i turni carenti di Specialistica Ambulatoriale convenzionata Interna a tempo indeterminato;

BRANCA	TOT	ORE	SEDI
INCARICHI SETTIMANALI			
ANGIOLOGIA	38	9	PTA di Augusta - Distretto di Augusta
		4	PTA di Lentini - Distretto di Lentini
		10	PTA di Noto - Distretto di Noto
		4	Amb. Pachino - Distretto di Noto
		11	PTA di Siracusa - Distretto di Siracusa
NEUROPSICHIATRIA (con competenze specifiche per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico).	8	8	Amb. Avola - Distretto di Noto
NEUROLOGIA	6	3	Amb. Pachino - Distretto di Noto
		3	Amb. Rosolini - Distretto di Noto
OFTALMOLOGIA	88	38	PTA Augusta - Distretto di Augusta
		10	Amb. Melilli - Distretto di Augusta
		38	PTA Siracusa - Distretto di Siracusa
		2	INAIL sede di Siracusa
UROLOGIA	6	3	Amb. Pachino - Distretto di Noto
		3	Amb. Rosolini - Distretto di Noto
GERIATRIA	9	9	Amb. Pachino - Distretto di Noto
CARDIOLOGIA	19	5	PTA Siracusa - Distretto di Siracusa (con competenze in prove da sforzo ed ecografia pediatrica e fetale)
		2	Amb. Buccheri - Distretto di Siracusa
		2	Amb. Buscemi - Distretto di Siracusa
		3	CR Augusta
		4	Amb. Pachino - Distretto di Noto
		3	Amb. Pachino (domiciliari) - Distretto di Noto

OTORINOLARINGOIATRIA da dedicare ad attività domiciliari per cambio cannula tracheostomia (per tutti i 4 Distretti).	5	5	PTA Siracusa – Distretto di Siracusa
PNEUMOLOGIA (a valenza aziendale)	8	8	PTA Siracusa – Distretto Siracusa
DERMATOLOGIA	7	2	Amb. Pachino – Distretto di Noto
		4	Casa di Reclusione di Augusta
		1	PTA Noto – Distretto Noto
GINECOLOGIA (con competenze in ecografia ostetrico-ginecologica)	11	7	PTA Siracusa – Distretto Siracusa
		4	Amb. Melilli – 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 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 8,00 del 24/03/2023, unitamente al Curriculum Vitae formativo e professionale in formato Europeo, per le branche con competenze specifiche.

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. 0931/484686 – 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 I 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 I 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 _____ - N. _____ SEDE _____

N. _____ SEDE _____ - N. _____ SEDE _____

N. _____ SEDE _____ - N. _____ SEDE _____

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*).....

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
sede legale

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 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 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 **"CON COMPETENZE IN" 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:

(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) _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....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.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/Il sottoscritto/a.....

nata/o a il

residente a.....in via..... n.....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

D i c h i a r a

1. di essere in possesso dei seguenti titoli Formativi:

Laurea _____ Data _____

Specializzato/a nella Branca di _____ Data _____

2. di essere convenzionato quale Specialista interno a tempo indeterminato dal

_____ ad oggi, senza interruzione di attività, presso le seguenti Aziende Sanitarie:

SEDE	DAL	AL

_____, il _____

La/Il dichiarante

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000);
se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.
Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000)

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000



ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art' 642/1972

DICHIARAZIONE

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

€ 16,00

La/Il sottoscritto/a _____

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*