



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. 1921 /C.P.

Siracusa, 11/03/2021

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 (DICOTTO)	sett.li	POLIAMBULATORIO DI SIRACUSA – DISTRETTO DI SIRACUSA
FISIATRIA	10	10 (DIECI)	sett.li	PTA LENTINI – DISTRETTO DI LENTINI
RADIOLOGIA	32	32 (TRENTADUE)		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 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
COMITATO ZONALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE
CORSO GELONE N. 17
96100 SIRACUSA

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

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ORE CARENTI IV TRIMESTRE 2021

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

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

n° _____ Cap _____ Tel. _____ email _____

Specializzato in _____ vista la pubblicazione del IV TRIMESTRE 2020

INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI N. _____ ORE SETTIMANALI/MENSILI NELLA BRANCA DI

_____ **SEDE/I** _____ **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

Radiologia: 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

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. Il (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 196/2013 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. 196/2003, 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 sottoscritto/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.....)
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.