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 III trimestre 2023 scadenza 27/09/2023

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 dal verbale del Comitato Zonale del 07/09/2023 alle ore 13,00 a firma del Commissario Straordinario si pubblicano i turni carenti di Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna a tempo indeterminato;

BRANCHE	TOT	ORE	SEDI
INCARICHI SETTIMANALI			
MEDICINA DELLO SPORT	38	38	PTA di Siracusa – Distretto di Siracusa
OCULISTICA	2	2	INAIL sede di Siracusa

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 27/09/2023.

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

Il Direttore ad interim UOC Cure Primarie
Dott. Lorenzo Spina

ASPSR - protocollo n. ASPSR-DSACPR00-2023-0077494 del 12/09/2023

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 III 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 III 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 _____ _____

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

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.....

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 _____

_____

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**

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)** _____

ALLEGATO B

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.

ASP SIRACUSA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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 445del 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