

PUBBLICAZIONE INCARICHI DISPONIBILI AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
1° TRIMESTRE 2021 AI SENSI DELL'ART. 20 DELL'ACN/2020

“Prospetto A” Allegato alla delibera n 324 del 24/02/2021

ORE DISPONIBILI PRESSO ASP DI ENNA					
DISTRETTO	PRESIDIO	BRANCA	N. ORE	TIPO INCARICO	
NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA	ENDOCRINOLOGIA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA	PNEUMOLOGIA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
PIAZZA ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI PIAZZA ARMERINA	ENDOCRINOLOGIA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
PIAZZA ARMERINA	LABORATORIO ANALISI P.O. CHIELLO	BIOLOGIA **	8	A TEMPO INDETERMINATO	
ENNA	LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	CHIMICA	24	A TEMPO INDETERMINATO	
DISTRETTI ENNA – PIAZZA ARMERINA		PNEUMOLOGIA	15	A TEMPO DETERMINATO	DURATA MESI 3
DISTRETTI AGIRA – NICOSIA		PNEUMOLOGIA	15	A TEMPO DETERMINATO	DURATA MESI 3

****** LO SPECIALISTA DOVRÀ POSSEDERE SPECIFICHE COMPETENZE PER L'ESECUZIONE DI PAP TEST (COMMA 5 DELL'ART. 20-ACN/2020). E' PREVISTA LA PROVA PRATICA: SI SPECIFICA CHE PER L'AMMISSIONE ALLA PROVA PRATICA GLI ASPIRANTI DOVRANNO ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI:

- 1) AVERE EFFETTUATO LA LETTURA, IN PROPRIO, DI ALMENO 20.000 PAP-TESTS, PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE;
- 2) AVERE MATURATO UN'ESPERIENZA ALMENO BIENNALE NELL'AMBITO DELLO SCREENING DEL CERVICO-CARCINOMA PRESSO AZIENDE SANITARIE ITALIANE.

Il Direttore UOC Assistenza Specialistica, R.P. e CUP
Dott. F. La Tona

N.B.: Gli Specialisti aspiranti all'incarico devono comunicare con lettera raccomandata A/R o con posta elettronica certificata, durante il periodo di pubblicazione degli incarichi di cui all'art. 20, comma 3, la propria disponibilità (art.21-comma 1-ACN/20), al seguente indirizzo:

AL DIRETTORE GENERALE ASP DI ENNA
U.O.C. ASSISTENZA SPECIALISTICA
VIALE DIAZ, 7/9
94100 ENNA

PER LA PEC: protocollo.generale@pec.asp.enna.it

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
 (prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
 Comune di residenza.....(prov.....)
 Indirizzon.....Cap.....
 telefono.....
 PEC.....e-mail.....
 CODICE ENPAH:

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*

N.B.: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AI PUNTI 7 O 8 È NECESSARIO SPECIFICARE LE ORE DI INCARICO E ASP RELATIVA INDICANDOLI NELLA SEZIONE "NOTE".

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.

- DICHIARO INOLTRE DI POSSEDERE IL DIPLOMA DI LAUREA IN
..... CONSEGUITO IL E
- DI ESSERE IN POSSESSO DELLA SPECIALIZZAZIONE IN
- CODICE IBAN:
- BANCA: