

"Prospetto A" Allegato alla delibera n. 1285 del 31/08/2021

ORE DISPONIBILI PRESSO ASP DI ENNA					
BRANCA	DISTRETTO	PRESIDIO	N. ORE	TIPO INCARICO	
ANGIOLOGIA	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA*	4	A TEMPO INDETERMINATO	
	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI PIAZZA ARMERINA*	8	A TEMPO INDETERMINATO	
	AGIRA	POLIAMBULATORIO DI LEONFORTE*	6	A TEMPO INDETERMINATO	
FKT	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
ORL	ENNA	POLIAMBULATORIO DI VALGUARNERA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
ORTOPEDIA	AGIRA	POLIAMBULATORIO DI AGIRA	8	A TEMPO INDETERMINATO	
	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI AIDONE	3	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI CENTURIFE	6	A TEMPO INDETERMINATO	
PNEUMOLOGIA	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI ENNA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
UROLOGIA	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI PIAZZA ARMERINA	8	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI CENTURIFE	4	A TEMPO INDETERMINATO	
BIOLOGIA	ENNA	LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	18	A TEMPO INDETERMINATO	
PNEUMOLOGIA	DISTRETTI ENNA - PIAZZA ARMERINA		15	A TEMPO DETERMINATO	DURATA MESI 3
	DISTRETTI AGIRA - NICOSIA		15	A TEMPO DETERMINATO	DURATA MESI 3

Dal 01/10 dms Canac

* LO SPECIALISTA DOVRÀ POSSEDERE SPECIFICHE COMPETENZE PER L'ESECUZIONE DI ECOCOLORDOPPLER (COMMA 5 DELL'ART. 20 - ACN/2020).

ORE DISPONIBILI PRESSO INAIL DI ENNA				
SEDE	PRESIDIO	BRANCA	N. ORE	TIPO INCARICO
INAIL	ENNA	NEUROLOGIA**	5	A TEMPO INDETERMINATO

** LO SPECIALISTA DOVRÀ POSSEDERE SPECIFICHE COMPETENZE PER L'ESECUZIONE DI EEG E EMG (COMMA 5 DELL'ART. 20-ACN/2020).

Il Direttore UOC Cure Primarie
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. CURE PRIMARIE
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__CodiceFiscale.....
 Comune di residenza.....(prov.....)
 Indirizzo.....n.....Cap.....
 telefono.....
 PEC.....e-mail.....
 Codice ENPAM:

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.

DICHARA

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), con anzianità nell'incarico a decorre dal.....;
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

N.B. In caso di risposta affermativa ai punti 7 o 8, è necessario specificare le ore di incarico, l'ASP relativa e l'anzianità di servizio nell'incarico, indicandoli nella sezione "note".

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.

- Dichiaro inoltre di possedere il diploma di laurea in.....
conseguito il.....
- Di essere in possesso della specializzazione in..... conseguita il.....
- Di incrementare eventuali emolumenti dovuti c/o Banca.....
- Codice IBAN: