

PUBBLICAZIONE INCARICHI DISPONIBILI AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE 4° TRIMESTRE 2021 AI SENSI DELL'ART. 20 DELL'ACN/2020

“Prospetto A” Allegato alla delibera n. 1684 del 26/11/2021

ORE DISPONIBILI PRESSO ASP DI ENNA					
BRANCA	DISTRETTO	PRESIDIO	N. ORE	TIPO INCARICO	
ANGIOLOGIA	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA *	4	A TEMPO INDETERMINATO	
CARDIOLOGIA	AGIRA	POLIAMBULATORIO DI REGALBUTO **	3	A TEMPO INDETERMINATO	
FKT	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
GINECOLOGIA	ENNA	POLIAMBULATORIO DI CENTURPE ***	5	A TEMPO INDETERMINATO	
MEDICINA DELLO SPORT	ENNA	DISTRETTO DI ENNA	18	A TEMPO INDETERMINATO	
NEUROLOGIA	ENNA	POLIAMBULATORIO DI VILLAROSA	4	A TEMPO INDETERMINATO	
ORTOPEDIA	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI AIDONE	3	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 CENTURPE	4	A TEMPO INDETERMINATO	
DIABETOLOGIA	DISTRETTO DI AGIRA		6	A TEMPO DETERMINATO	DURATA MESI 3
	DISTRETTO DI PIAZZA ARMERINA		12	A TEMPO DETERMINATO	DURATA MESI 3
	DISTRETTO DI ENNA		12	A TEMPO DETERMINATO	DURATA MESI 3

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

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

*** LO SPECIALISTA DOVRÀ POSSEDERE SPECIFICHE COMPETENZE PER L'ESECUZIONE DI ECOGRAFIE GINECOLOGICHE (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

**DOMANDA DI ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI (ART. 21, COMMA 1 – ACN/20)
RELATIVA ALLA PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI DI CUI ALL'ART. 20, COMMA
3 – ACN/20, AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.**

Il/La sottoscritto/a Dott./ Dott.ssa _____

nato/a a _____ il _____,

laureato/a in _____ e Specializzato/a in _____,

in riferimento alla Pubblicazione dei turni vacanti del _____ ° trimestre anno _____

ai sensi dell'art. 20 dell'ACN/2020 e vista la Delibera N. _____ del _____

DICHIARA

la propria disponibilità al conferimento dei turni nella branca di _____

per le sedi dettagliate:

- N. _____ ore c/o il Poliambulatorio di _____.
- N. _____ ore c/o il Poliambulatorio di _____.
- N. _____ ore c/o il Poliambulatorio di _____.
- N. _____ ore c/o il Poliambulatorio di _____.
- N. _____ ore c/o il Poliambulatorio di _____.

DICHIARA, altresì,

- essere/non essere inserito/a nella Graduatoria vigente della Provincia di Enna (1).
Allega alla presente Autocertificazione Informativa (Allegato B).

Data

Firma per esteso

(1) cancellare la parte che non interessa

N.B. Alla presente domanda da inviare con pec a "protocollo.generale@pec.asp.enna.it", durante il periodo di pubblicazione degli incarichi (art.20 ACN/20) dall' 1 al 15, bisogna allegare l'Autocertificazione Informativa (Allegato B) e la copia fotostatica di un documento d'identità.

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.

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), 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);

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 conseguito in.....
il.....
 - Di essere in possesso della specializzazione in..... conseguita il.....
 - Di incrementare eventuali emolumenti dovuti c/o Banca.....
 - Codice IBAN:
-