



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 -  
90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento della  
Programmazione e della  
Organizzazione delle Attività  
Territoriali e dell'Integrazione  
Socio Sanitaria  
U.O.C. Programmazione e  
Organizzazione delle Attività di  
Cure Primarie Via Pindemonte,  
88 90129 Palermo  
tel.091/7034004 - fax  
091/7033404

PALERMO il 16.05.2013  
PROT. N° 1275

AI DIRETTORI DEI DSB DAL N° 33 AL N°42  
Ep.c. AL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
AL DIRETTORE SANITARIO  
ASP PALERMO  
LOROSEDI

**OGGETTO: AVVISO CONFERIMENTO ORE IN REGIME DI "PLUS ORARIO" PRESSO LE  
SEDI DEI PPI, DEGLI AMBULATORI CODICI BIANCHI E PER LE ATTIVITA' DISTRETTUALI  
DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO AI SENSI DELL'ART.1 DELL'A.I.R.  
DEL 6 SETTEMBRE 2010**

TUTTI I MEDICI TITOLARI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE INTERESSATI POSSONO  
PRESENTARE ISTANZA DI CONFERIMENTO DI ORE IN REGIME DI "PLUS ORARIO" PRESSO LE  
SEDI DEI PPI, DEGLI AMBULATORI CODICI BIANCHI E PER LE ATTIVITA' DISTRETTUALI  
DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO.

LE ISTANZE DEVONO PERVENIRE ALL'U.O.C. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE  
ATTIVITA' DI CURE PRIMARIE, SITA IN VIA PINDEMONTI 88, PAD. 38, 1° PIANO, ENTRO IL 30  
GIUGNO 2013, CONSEGNALE BREVI MANU O INVIATE VIA FAX AL NUMERO 091 7033404.  
LA MANCATA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA EQUIVALE A RINUNCIA ALL'ESPLETAMENTO  
DELLE ORE DI PLUS ORARIO.

VOGLIANO LE SS.LL. NOTIFICARE IL PRESENTE AVVISO E L'ALLEGATO SCHEMA  
DI DOMANDA, A TUTTI I MEDICI TITOLARI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ASP  
DI PALERMO.

*(Dr. Giuseppe Profeta)*

Il Direttore dell' U.O.C. Programmazione e  
Organizzazione delle Attività di Cure Primarie  
*(Dr. Francesco Ferrito)*

## ISTANZA PLUS ORARIO

( DA CONSEGNARE "BREVI MANU" O SPEDIRE AL N° Fax 091 7033404, entro il 10/06/2013)

AL DIRETTORE DELLA U.O.C. PROGRAMMAZIONE ED  
ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLE CURE PRIMARIE  
ASP - PALERMO

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

Nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Chiede di partecipare all'assegnazione del PLUS ORARIO per l'anno 2013/'14 con la preferenza di scelta:

- PPI \_ AICB  
 ATTIVITA' DISTRETTUALI

a tal fine dichiara:

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_;
- di essere iscritt. all'Albo dell'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato di C.A. presso l'ASP di Palermo dal \_\_\_\_\_;
- di essere titolare a tempo indeterminato di C.A. presso il Presidio di \_\_\_\_\_ del Distretto Sanitario n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere titolare a tempo indeterminato di C.A. ad unico rapporto di convenzione
- di essere titolare a tempo indeterminato di C.A. a doppio rapporto di convenzione con la MG con un numero di assistiti pari a \_\_\_\_\_;
- di essere coordinatore presso il presidio di \_\_\_\_\_ el DSB N° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico

### MODULO DI NOTIFICA

PRESIDIO DI C.A. _____		COORDINATORE DR. _____	
NOME E COGNOME DEL MEDICO		FIRMA PER PRESA VISIONE NOTA PROT. <u>1075</u> U.O.C.DCP DEL <u>16/05/2013</u>	

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COORDINATORE DEL PRESIDIO

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO