



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
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
Telefono
091 7034004
FAX
091 7033404
EMAIL
continuitaassistenzialedcp@asppalermo.org
WEB
www.ausl6palermo.org

DATA 14/05/2013

PROT. N° 4233

AI DIRETTORI DEI DISTRETTI SANITARI DAL 33 AL 42

Epc AI DIRETTORE SANITARIO
ASP PALERMO
LORO SEDI

OGGETTO: DISPONIBILITA' AD INCARICHI TEMPORANEI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER L'ANNO 2013- 2014

Considerato che il sito internet dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, ha subito un attacco hacker e che parte delle sezioni, tra cui anche quella dedicata agli avvisi, sono state svuotate dai contenuti, si comunica che è prorogata al **31/05/2013** la data di scadenza per la disponibilità ad essere inseriti negli elenchi degli incarichi temporanei di sostituzione per la Continuità Assistenziale, nell'ambito dei Presidi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo per l'anno 2013 -2014.

È altresì prorogata al **31/05/2013** la data di scadenza per la presentazione della disponibilità dei Medici sostituiti ad essere inseriti presso i Distretti Sanitari, negli elenchi per "sostituzioni di durata pari o inferiore a 9 giorni" per l'anno 2013 -2014.

Il Dirigente Medico
(Dr. Giuseppe Profeta)

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

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
UFFICIO di CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Telefono 091 7034004 FAX 091 7033404

RICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI DEI MEDICI DISPONIBILI AD INCARICHI
 TEMPORANEI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO _____

__L_ sottoscritt_ Dr. _____ nat_ a _____ Prov. _____, il _____
 Residente in _____, via _____, n° _____
 Prov. _____ CAP _____ Recapito telefonico _____ / _____
 E-Mail _____
 laureato in Medicina e Chirurgia il _____, presso l'Università degli Studi di _____
 con la seguente votazione _____;
 abilitato all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di _____ nella _____
 sessione dell'anno _____; di essere iscritt_ al N° _____ dell'Ordine Provinciale dei Medici di _____
 dal _____;

CHIEDE

In ottemperanza all'ACN reso esecutivo il 23/03/ 2005, come rinnovato il 29/07/2009, e in riferimento all'Accordo Regionale di Assistenza Primaria, pubblicato sulla GURS del 15/10/2010 n° 45 parte prima, fermo restando quanto previsto dall'art. 70 del dell'ACN e secondo quanto disposto con decreto n°9324 del 19/12/2006, alla luce del parere SISAC n° 372 del 23/06/2009 e della norma finale 5 e alla norma transitoria 4,
 di essere inserit_ negli elenchi dei medici aspiranti ad eventuali incarichi temporanei di sostituzione per la Continuità Assistenziale nell'ambito dei Presidi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

DICHARA

- Di essere inserito nella Graduatoria di Medicina Generale valida per l'anno _____ con il Punteggio di _____
- Impegnarsi a comunicare con immediatezza al U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuita' assistenziale, l'eventuale insorgenza di incompatibilità o ogni altra variazione di quanto dichiarato, al fine del corretto re-inserimento nella lista dei medici disponibili;
- di essere a conoscenza che le convocazioni mensili per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione non saranno effettuate con telegrammi, fatte salve eventuali convocazioni straordinarie e non programmabili;
- di impegnarsi a consultare, qualora interessato, il calendario delle convocazioni per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione di Continuità Assistenziale che sarà affisso nell'Albo dell' U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuita' assistenziale, con periodicità mensile;

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del PDR 28/12/2000 N° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

PALERMO, LI _____

FIRMA

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
UFFICIO di CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Telefono 091 7034004 FAX 091 7033404

RICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI DEI MEDICI DISPONIBILI AD INCARICHI
 TEMPORANEI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO _____

__L_ sottoscritt_ Dr. _____ nat_ a _____ Prov. _____, il _____
 Residente in _____, via _____, n° _____
 Prov. _____ CAP _____ Recapito telefonico _____ / _____
 E-Mail _____
 Laureato in Medicina e Chirurgia il _____, presso l'Università degli Studi di _____
 con la votazione _____;
 Abilitato all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di _____ nella _____
 sessione dell'anno _____;
 Iscritt_ al N° _____ dell'Ordine Provinciale dei Medici di _____ dal _____;

CHIEDE

In ottemperanza all'ACN reso esecutivo il 23/03/ 2005, come rinnovato il 29/07/2009, e in riferimento all'Accordo Regionale di Assistenza Primaria, pubblicato sulla GURS del 15/10/2010 n° 45 parte prima, fermo restando quanto previsto dall'art. 70 del dell'ACN secondo quanto disposto con decreto n°9324 del 19/12/2006 e alla luce del parere SISAC n° 372 del 23/06/2009, in riferimento alla Norma Finale 5 e alla Norma Transitoria 4 e alla Norma transitoria 7, di essere in possesso dell'Attestato specifico in Medicina Generale, conseguito il _____ presso _____ essere inserit_ negli elenchi dei medici aspiranti ad eventuali incarichi temporanei di sostituzione per la Continuità Assistenziale nell'ambito dei Presidi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

DICHIARA

- impegnarsi a comunicare con immediatezza al U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuità' assistenziale, l'eventuale insorgenza di incompatibilità o ogni altra variazione di quanto dichiarato, al fine del corretto re-inserimento nella lista dei medici disponibili;
- di essere a conoscenza che le convocazioni mensili per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione non saranno effettuate con telegrammi, fatte salve eventuali convocazioni straordinarie e non programmabili;
- di impegnarsi a consultare, qualora interessato, il calendario delle convocazioni per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione di Continuità Assistenziale che sarà affisso nell'Albo dell' U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuità' assistenziale, con periodicità mensile;

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del PDR 28/12/2000 N° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

PALERMO, LI _____

FIRMA

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
 U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
UFFICIO di CONTINUITA' ASSISTENZIALE
 Telefono 091 7034004 FAX 091 7033404

**RICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI DEI MEDICI DISPONIBILI AD
 INCARICHI TEMPORANEI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
 ANNO _____**

__L_ sottoscritt_ Dr. _____ nat_ a _____ Prov. _____, il _____
 Residente in _____, via _____, n° _____
 Prov. _____ CAP _____ Recapito telefonico _____ / _____
 E-Mail _____
 Laureato in Medicina e Chirurgia il _____, presso l'Università degli Studi di _____
 con la seguente votazione _____;
 Abilitato all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di _____ nella _____
 sessione dell'anno _____;
 Iscritt_ al N° _____ dell'Ordine Provinciale dei Medici di _____ dal _____;
 Specializzato in _____

CHIEDE

In ottemperanza all'ACN reso esecutivo il 23/03/ 2005, come rinnovato il 29/07/2009, e in riferimento all'Accordo Regionale di Continuità Assistenziale, pubblicato sulla GURS del 15/10/2010 n.° 45 parte prima, fermo restando quanto previsto dall'art. 70 del dell'ACN, secondo quanto disposto con decreto n°9324 del 19/12/2006 e alla luce del parere SISAC n° 372 del 23/06/2009, in riferimento alla Norma Finale N°10 del DPR 270/2000 per la vigenza della Graduatoria Unica Regionale di Medicina Generale, di essere inserit_ negli elenchi dei medici aspiranti ad eventuali incarichi temporanei di sostituzione per la Continuità Assistenziale nell'ambito dei Presidi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo per l'anno _____.

DICHIARA

- Di impegnarsi a comunicare con immediatezza al U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuita' assistenziale, l'eventuale insorgenza di incompatibilità o ogni altra variazione di quanto dichiarato, al fine del corretto re-inserimento nella lista dei medici disponibili;
- di essere a conoscenza che le convocazioni mensili per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione non saranno effettuate con telegrammi, fatte salve eventuali convocazioni straordinarie e non programmabili;
- di impegnarsi a consultare, qualora interessato, il calendario delle convocazioni per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione di Continuità Assistenziale che sarà affisso nell'Albo dell' U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuita' assistenziale, con periodicità mensile;

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del PDR 28/12/2000 N° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

PALERMO, LI _____

FIRMA

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
UFFICIO di CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Telefono 091 7034004 FAX 091 7033404

RICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI DEI MEDICI DISPONIBILI AD INCARICHI
 TEMPORANEI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO _____

__L__ sottoscritt__ Dr. _____ nat__ a _____ Prov. _____, il _____
 Residente in _____, via _____, n° _____
 Prov. _____ CAP _____ Recapito telefonico _____ / _____
 E-Mail _____
 Laureato in Medicina e Chirurgia il _____, presso l'Università degli Studi di _____
 con la seguente votazione _____;
 Abilitato all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di _____ nella _____
 sessione dell'anno _____;
 Iscritt__ al N° _____ dell'Ordine Provinciale dei Medici di _____ dal _____;

CHIEDE

In ottemperanza all'ACN reso esecutivo il 23/03/ 2005, come rinnovato il 29/07/2009, e in riferimento all'Accordo Regionale di Continuità Assistenziale, pubblicato sulla GURS del 15/10/2010 n° 45 parte prima, fermo restando quanto previsto dall'art. 70 del dell'ACN secondo quanto disposto con decreto n°9324 del 19/12/2006 e alla luce del parere SISAC n° 372 del 23/06/2009 ai sensi della Legge 448/2001(Finanziaria 2002) di essere inserit__ negli elenchi speciali dei medici disponibili ad eventuali incarichi temporanei di sostituzione per la Continuità Assistenziale nell'ambito dei Presidi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

DICHIARA

- Di frequentare il _____ anno del Corso di Formazione in Medicina Generale presso _____
- impegnarsi a comunicare con immediatezza al U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuita' assistenziale, l'eventuale insorgenza di incompatibilità o ogni altra variazione di quanto dichiarato, al fine del corretto re-inserimento nella lista dei medici disponibili;
- di essere a conoscenza che le convocazioni mensili per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione non saranno effettuate con telegrammi, fatte salve eventuali convocazioni straordinarie e non programmabili;
- di impegnarsi a consultare, qualora interessato, il calendario delle convocazioni per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione di Continuità Assistenziale che sarà affisso nell'Albo dell' U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuita' assistenziale, con periodicità mensile;

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del PDR 28/12/2000 N° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

PALERMO, LI _____

FIRMA _____

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
 U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie
UFFICIO di CONTINUITA' ASSISTENZIALE
 Telefono 091 7034004 FAX 091 7033404

RICHIESTA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI DEI MEDICI DISPONIBILI AD INCARICHI
 TEMPORANEI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO _____

Il sottoscritt Dr. _____ nat. a _____ Prov. _____, il _____
 Residente in _____, via _____, n° _____
 Prov. _____ CAP _____ Recapito telefonico _____ / _____
 E-Mail _____
 Laureato in Medicina e Chirurgia il _____, presso l'Università degli Studi di _____
 con la seguente votazione _____;
 Abilitato all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di _____ nella _____
 sessione dell'anno _____;
 Iscritt al N° _____ dell'Ordine Provinciale dei Medici di _____ dal _____;

CHIEDE

In ottemperanza all'ACN reso esecutivo il 23/03/ 2005, come rinnovato il 29/07/2009, e in riferimento all'Accordo Regionale di Assistenza Primaria, pubblicato sulla GURS del 15/10/2010 n° 45 parte prima, fermo restando quanto previsto dall'art. 70 del dell'ACN secondo quanto disposto con decreto n°9324 del 19/12/2006 e alla luce del parere SISAC n° 372 del 23/06/2009 ed ai sensi della Legge 448/2001(Finanziaria 2002) di essere inserit___ negli elenchi dei medici aspiranti ad eventuali incarichi temporanei di sostituzione per la Continuità Assistenziale nell'ambito dei Presidi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

DICHIARA

- Di frequentare il _____ anno del Corso di Specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____
- impegnarsi a comunicare con immediatezza al U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuità' assistenziale, l'eventuale insorgenza di incompatibilità o ogni altra variazione di quanto dichiarato, al fine del corretto re-inserimento nella lista dei medici disponibili;
- di essere a conoscenza che le convocazioni mensili per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione non saranno effettuate con telegrammi, fatte salve eventuali convocazioni straordinarie e non programmabili;
- di impegnarsi a consultare, qualora interessato, il calendario delle convocazioni per l'attribuzione degli incarichi di sostituzione di Continuità Assistenziale che sarà affisso nell'Albo dell' U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie - ufficio di continuità' assistenziale, con periodicità mensile;

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del PDR 28/12/2000 N° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

PALERMO, LI _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

DICHIARA

i sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

1) essere / non essere titolare di incarico di continuità assistenziale presso la Regione _____ azienda n. _____ di _____ presidio _____ ore settimanali n. _____;

2) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'azienda n. _____ di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;

3) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'azienda n. _____ di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;

4) essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di emergenza sanitaria territoriale nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____;

5) essere / non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ comune _____

tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____;

6) essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

7) essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere/non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, decreto legislativo n. 502/92:

Provincia _____ Azienda _____

branca _____ dal _____;

8) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto che lo svolge _____ inizio _____;

9) operare/non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le aziende, ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____ ore sett. _____ comune _____

Tipo di attività _____ tipo di lavoro _____

dal _____;

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____ comune _____
Tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____;

11) svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente, ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____ dal _____;

12) svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ comune _____ dal _____;

13) avere/non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ dal _____;

14) essere/non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale:

_____ dal _____;

15) fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:

dal _____;

16) svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:

Tipo di attività _____ dal _____;

17) essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:

Azienda _____ tipo di attività _____

ore sett. _____ dal _____;

18) operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

Tipo di rapporto di lavoro _____;

Tipo di attività _____ dal _____;

19) essere/non essere titolare di trattamento di pensione:

_____ dal _____;

20) fruire/non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):

Soggetto erogante il trattamento pensionistico _____ dal _____.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data _____

Firma (2)

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma

falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.