

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

“AVVISO PUBBLICO DEL 25.05.2015 PER TITOLI PER IL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI DI TIPO CONVENZIONALE A TEMPO DETERMINATO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO LE POSTAZIONI PP.TT.EE. ED M.S.A. DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO”

POSSONO PARTECIPARE I MEDICI IN POSSESSO DI ATTESTATO DI ABILITAZIONE ALL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DI CUI ALL' ART. 96 DELL' A.C.N. DI MEDICINA GENERALE DEL 29 LUGLIO 2009.

LE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE (VEDI SCHEMA DI DOMANDA ALLEGATO), CORREDATE DA COPIA DELL'ATTESTATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, DEVONO PERVENIRE ENTRO IL GIORNO 08.06.2015, CONSEGNATE “BREVI MANU” ALLA U.O.C. ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DI CURE PRIMARIE SITA A PALERMO IN VIA GAETANO LA LOGGIA N° 5 PADIGLIONE N° 36 PIANO TERRA O INVIATE TRAMITE SERVIZIO FAX AL NUMERO 091-7033361.


TUTTE LE DOMANDE VALIDE, PERVENUTE ENTRO I TERMINI STABILITI, SARANNO GRADUATE SECONDO LE PROCEDURE DI CUI ALL'ART. 97 dell'ACN di MEDICINA GENERALE, E LE DISPOSIZIONI DI CUI ALLA NORMA TRANSITORIA N° 7 DELL'A.C.N. DI MEDICINA GENERALE IN ATTO VIGENTE.

ESPLETATE LE PROCEDURE DI CUI SOPRA, GLI ASPIRANTI SARANNO CONVOCATI SECONDO L'ORDINE DI GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER LA EVENTUALE SCELTA DI SEDE ED ACCETTAZIONE D'INCARICO A TEMPO DETERMINATO

TELEFONI UTILI: 3666124740; 091-7034005


Dott. Vincenzo Prestianni
Emergenza Territoriale

Il Direttore della U.O.C.
Organizzazione e Programmazione
delle Attività di Cure Primarie
(dott. Francesco Cerrito)


Il Direttore Sanitario ASP Palermo
(dott. Giuseppe Noto)

Domanda di Partecipazione

Al Direttore della U.O.C.
Organizzazione e Programmazione delle Attività di Cure Primarie
ASP di Palermo
Fax 091-7033361

OGGETTO: Avviso pubblico di graduatoria aziendale per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui all'art. 97 ed alla norma transitoria n° 7 dell'ACN di Medicina Generale del 29/07/2009, presso le Postazioni M.S.A. e PP.TT.EE. dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Il/la sottoscritto/a Dott. _____, nato/a a _____
_____, il _____ e residente a _____
_____ in Via _____ n° _____
Cap. _____ Tel _____ Cell. _____;

Chiede di partecipare all'avviso pubblico in oggetto del **25.05.2015**; a tal fine dichiara di:

- essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____ presso la Università di _____ con la votazione finale di _____;
- aver conseguito l'abilitazione alla professione medica presso l'Università degli Studi di _____ nella sessione _____ dell'anno _____;
- essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n° _____ in data _____;
- essere inserito/non inserito nella graduatoria regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale valida per l'anno 2015 con punti _____ pos. n° _____;
- essere in possesso di Attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui all'art. 96 dell'ACN di Medicina Generale del 29 Luglio 2009 conseguito in data _____ presso _____.

Data _____

Firma per esteso e leggibile
