



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

“AVVISO PUBBLICO DEL 20.04.2018 PER TITOLI PER IL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI CONVENZIONATI 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 21.05.2018, CONSEGNATE “BREVI MANU” ALLA U.O.C. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE 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 Prestipani
Emergenza Sanitaria Territoriale

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

Domanda di Partecipazione

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

OGGETTO: Avviso pubblico del 20.04.2018 per titoli per il conferimento di eventuali incarichi convenzionati a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale presso le Postazioni PP.TT.EE. ed M.S.A. 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 20.04.2018; 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 2018 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 _____;
- essere in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____ presso _____;
- frequentare/non frequentare, a far data dal _____, il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, ammesso in sovrannumero ai sensi dell'art.3 della Legge n° 401/2000

Data _____

Firma per esteso e leggibile
