



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

PROT. n° 301256 DEL 11/09/2023

**U.O.C. Cure Primarie**

**Direzione**

Via G. La Loggia n° 5 Pad. n° 38- Palermo

Pec: [direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org](mailto:direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org);

### **AVVISO PUBBLICO URGENTE**

per la stesura di una graduatoria aziendale di disponibilità volta all'**eventuale conferimento di incarichi convenzionati a tempo determinato** di emergenza sanitaria territoriale (E.S.T.) presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Postazione M.S.A. "Isola di Lampedusa" giusta nota Assessorato Salute - prot. 45714.S6 del 23 Agosto 2023 e nota prot. n. 799/2023 del 05.09.2023 C.O. S.U.E.S. -118 bacino Pa-Tp.

**Preso atto** della nota prot. n° 799/2023 del 05.09.2023 a firma del Direttore della Centrale Operativa del S.U.E.S. -118 bacino Pa-Tp, con la quale si richiede la **disponibilità di due Unità** di Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale per l'attivazione di un Presidio di Ambulanza Medicalizzata (M.S.A.) presso l'Isola di Lampedusa – Poliambulatorio - Distretto n. 42 - ASP Palermo;

**E' indetto** un avviso pubblico urgente per il conferimento di eventuali incarichi convenzionati a tempo determinato di E.S.T. al quale possono partecipare i medici **in possesso di attestato di abilitazione** all'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui al Capito III art. 66 comma 1 dell'A.C.N. di Medicina Generale vigente;

**Le domande** di partecipazione (vedi schema di domanda allegato), corredate da copia dell'attestato di idoneità all'attività di emergenza sanitaria territoriale, devono essere inviate entro le ore 24,00 del giorno 18.09.2023, tramite pec-mail [direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org](mailto:direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org) indirizzate al Commissario Straordinario per il tramite del Direttore U.O.C. Cure Primarie.

**I candidati** aventi diritto saranno graduati in osservanza a quanto dettato dall'Art. 67, comma 6 "...incarichi a tempo determinato e provvisori" - art. 19 comma 6 e convocati secondo ordine numerico progressivo di graduatoria tramite preventivo contatto telefonico e successiva pec di conferma di avvenuta convocazione.

TELEFONI UTILI: 3666124740; 091-7034005

U.O.S. Gestione Emergenze  
Dr. Vincenzo Prestianni

Il Direttore U.O.C. Cure Primarie  
Dr. Salvatore Vizzi

Il Direttore Sanitario  
Dr. Francesco Carraro

Il Commissario Straordinario  
Dott.ssa Daniela Faraoni

# Domanda di Partecipazione

Al Commissario Straordinario

Marca

Per il tramite del

Direttore U.O.C. Cure Primarie  
ASP di Palermo

Bollo

PEC: [direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org](mailto:direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org)

OGGETTO: Avviso pubblico **URGENTE** per il conferimento di **eventuali incarichi convenzionati a tempo determinato** di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo presso Postazione "M.S.A. Isola di Lampedusa"

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

PEC: \_\_\_\_\_

Chiede di partecipare all'avviso pubblico descritto in oggetto e, a tal fine, dichiara di:

- essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la Università di \_\_\_\_\_
- aver conseguito l'abilitazione alla professione medica presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ nella sessione o in data \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_;
- essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- essere iscritto/a nella Graduatoria Regionale (Sicilia) valida per l'anno 2023 al n° \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
- essere in possesso di Attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale giusto dall'ACN di Medicina Generale vigente conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di essere in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- frequentare il \_\_\_\_\_ anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile \_\_\_\_\_