



UOC Cure Primarie

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

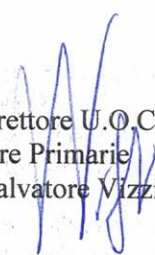
Prot. N. 5311 DEL 26-05-2022


**Oggetto:** "AVVISO PUBBLICO URGENTE DEL 26.05.2022 PER TITOLI PER LA STESURA DI UNA GRADUATORIA AZIENDALE VOLTA AL 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 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI LE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE (VEDI SCHEMA DI DOMANDA ALLEGATO), CORREDATE DI COPIA DELL'ATTESTATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E COPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, DEVONO PERVENIRE ENTRO LE ORE 24,00 DEL GIORNO 11.06.2022, INVIATE TRAMITE POSTA ELETTRONICA AL SEGUENTE INDIRIZZO PEC: [direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org](mailto:direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org); ESPLETATE LE PROCEDURE DI CUI SOPRA, GLI ASPIRANTI SARANNO CONVOCATI SECONDO L'ORDINE DI GRADUATORIA AZIENDALE PER LA EVENTUALE SCELTA DI SEDE ED ACCETTAZIONE D'INCARICO A TEMPO DETERMINATO.

TELEFONI UTILI: 3666124740

  
dott. Vincenzo Prestianni  
Emergenza Sanitaria Territoriale

  
Il Direttore U.O.C.  
Cure Primarie  
(dott. Salvatore Vizzi)

  
Il Direttore Sanitario  
(dr. Francesco Garrito)

# Schema di Domanda di Partecipazione

Marca da Bollo  
Euro 16,00  
(per i non iscritti in graduatoria regionale)

Al Direttore U.O.C.  
Cure Primarie  
Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo  
pec-mail: [direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org](mailto:direzionecureprimarie@pec.asppalermo.org)  
Palermo: Via Gaetano La Loggia n° 5 Pad. n° 36 p.t.

**OGGETTO:** Avviso pubblico URGENTE del 26.05.2022 per la stesura di una graduatoria aziendale per eventuale conferimento di incarichi convenzionati a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui all'A.C.N. di Medicina Generale in atto vigente, 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 \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_;

chiede di partecipare all'avviso pubblico in oggetto.

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 \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- essere/non essere inserito nella graduatoria regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale valida per l'anno 2022 con punti \_\_\_\_\_ pos. n° \_\_\_\_\_;
- essere in possesso di Attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui all'art. 96 dell'A.C.N. di Medicina Generale del 29 Luglio 2009 e s.m.i. conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- essere/non essere in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Si allega:

- copia dell'Attestato di Idoneità all'Attività di Emergenza Sanitaria Territoriale
- copia del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale
- copia documento valido di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma autografa  
\_\_\_\_\_