



**AZIENDA
SANITARIA
PROVINCIALE
DI TRAPANI**

Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani
REGISTRO UFFICIALE - 0065815
24/05/2023 - USCITA

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

ZINI, 1 - 91100 TRAPANI
805111 - FAX (0923) 873745
cale - P. IVA 02363280815

UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLE ATTIVITA' CONVENZIONATE E CUP
UOS APPLICAZIONI CONTRATTUALI E GESTIONE CONVENZIONI
Via Cesarò, 125 - fraz. Casa Santa I - 91016 ERICE (TP) PEC medicinageneralepediatria@pec.asptrapani.it

AVVISO STRAORDINARIO DI CONVOCAZIONE

per il conferimento di incarico provvisorio del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (Continuità Assistenziale) per il servizio presso Casa Circondariale di TRAPANI per un periodo di 6 mesi con un compenso lordo orario omnicomprendivo pari ad Euro 35,00.

Vista la nota prot. 62058 del 16/05/2023 del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria;
Vista la nota prot. 64652 del 22/05/2023 del Dipartimento Cure Primarie;
Vista la nota prot. 65302 del 23/05/2023 della Direzione Generale con la quale si rappresentano al competente Assessorato della Salute le criticità relative alla carenza del personale medico per l'assistenza sanitaria dei detenuti della Casa Circondariale di TRAPANI;

E' INDETTO AVVISO STRAORDINARIO DI CONVOCAZIONE

per il conferimento di incarico provvisorio del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (Continuità Assistenziale) per il servizio presso Casa Circondariale di TRAPANI per un periodo di 6 mesi con un compenso lordo orario omnicomprendivo pari ad Euro 35,00.

Detto avviso è rivolto ai medici

- 1) con incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale;
- 2) con incarico provvisorio per la Continuità Assistenziale;
- 3) inseriti e NON inseriti nella graduatoria aziendale 2023 (neo laureati)

che dovranno presentarsi alla suddetta convocazione previa trasmissione all'indirizzo PEC medicinageneralepediatria@pec.asptrapani.it entro le ore 08:00 di lunedì 29 maggio 2023 del modulo di disponibilità allegato con il documento di identità in corso di validità

Il conferimento dell'incarico avverrà secondo l'ordine di arrivo del predetto modulo di disponibilità (con priorità per i residenti in ambito aziendale):

- per i medici dei punti 1) 2) sarà conferito un incarico di 12 ore settimanali;
- per i medici del punto 3) sarà conferito un incarico di 24 ore settimanali.

I medici interessati potranno partecipare alla convocazione di cui in oggetto tramite piattaforma Google Meet: **Lunedì, 29 maggio 2023 alle ore 10:00**

Informazioni per partecipare di Google Meet

Link alla videochiamata: <https://meet.google.com/mzd-dxfj-evg>

Per partecipare alla convocazione sarà sufficiente disporre di un computer / tablet / smartphone e di una connessione stabile ad internet.

Si fa presente, inoltre, che gli incarichi saranno conferiti solo a coloro i quali risultino presenti o delegati.

Il presente avviso viene pubblicato sul sito www.asptrapani.it di questa Azienda, giusta norma in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa ed inviato ai medici dei punti 1) e 2), alle OO.SS. di categoria ed ai Distretti Sanitari per maggiore diffusione.

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Sabrina Sacco

IL REFERENTE UOC

Dott.ssa Francesca Barroco

DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare
giusta AVVISO STRAORDINARIO convocazione 29/05/2023
da inviare entro le ore 08:00 di lunedì 29/05/2023

Il/la sottoscritto/a _____
da scrivere a stampatello e leggibile Cognome e Nome

<i>Codice fiscale</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>Prov. di nascita</i>
-----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

<i>indirizzo di residenza</i>	<i>Comune</i>	<i>Prov</i>
-------------------------------	---------------	-------------

<i>telefono</i>	<i>e-mail</i>
-----------------	---------------

PEC Posta Elettronica Certificata (obbligatorio per comunicazioni con le Pubbliche Amministrazioni)

COMUNICA

la propria disponibilità all'accettazione per il conferimento di incarico provvisorio del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (Continuità Assistenziale) per il servizio presso Casa Circondariale di TRAPANI per un periodo di 6 mesi con un compenso lordo orario omnicomprensivo pari ad Euro 35,00.

_____ li _____

Firma _____ documento di identità allegato

MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e Nome del Delegante

<i>Codice fiscale</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>Prov. di nascita</i>
-----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

<i>indirizzo di residenza</i>	<i>Comune</i>	<i>Prov</i>
-------------------------------	---------------	-------------

<i>telefono</i>	<i>e-mail</i>
-----------------	---------------

PEC Posta Elettronica Certificata (obbligatorio per comunicazioni con le Pubbliche Amministrazioni)

per il conferimento di incarico provvisorio del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (Continuità Assistenziale) per il servizio presso Casa Circondariale di TRAPANI per un periodo di 6 mesi con un compenso lordo orario omnicomprensivo pari ad Euro 35,00.

DELEGA

Cognome e Nome del Delegato

<i>Codice fiscale</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>Prov. di nascita</i>
-----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

<i>indirizzo di residenza</i>	<i>Comune</i>	<i>Prov</i>
-------------------------------	---------------	-------------

<i>telefono</i>	<i>e-mail</i>
-----------------	---------------

a presenziare alla convocazione **lunedì 29 maggio 2023** e ad accettare in nome e per conto del sottoscritto delegante l'incarico oggetto di conferimento, fermo restando che la formalizzazione del medesimo incarico dovrà essere effettuata personalmente dal sottoscritto.

Si allega in copia valido documento di riconoscimento del sottoscritto e del delegato.

<i>luogo e data</i>	<i>firma (Leggibile e per esteso del delegante)</i>
---------------------	---