



## SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

### AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale della Vittoria 321- 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848

#### DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI AGRIGENTO U.O.S Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS

### AVVISO AI MEDICI MEDICINA GENERALE PRESENTAZIONE ISTANZE PER L'AGGIORNAMENTO DELLE GRADUATORIE AMBULATORI A GESTIONE INTEGRATA (A.G.I.)

**SCADENZA 31/12/2020**

Si ricorda ai Medici di Medicina Generale convenzionati con questa A.S.P., in atto non incaricati presso gli Ambulatori a Gestione Integrata (Ambulatori A.G.I.) attivati presso A.S.P., che, ai fini dell'aggiornamento delle graduatorie relative, possono presentare istanza **entro il 31/12/2020**, ai sensi dell'art. 5 dell'Accordo Regionale di Medicina Generale vigente.

Le istanze possono essere presentate, utilizzando gli allegati modelli "A", "A1" e "A2", attraverso una delle seguenti modalità: brevi manu presso il Protocollo Generale di questa A.S.P. in Viale della Vittoria 321; via P.E.C. all'indirizzo [assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it](mailto:assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it).

Si ricorda che sono attivi i seguenti Ambulatori A.G.I., per i quali si può inoltrare istanza:

presso il Distretto di Agrigento:	A.G.I. per il diabete mellito
presso il Distretto di Licata:	A.G.I. per il diabete mellito
presso il Distretto di Canicattì:	A.G.I. per lo scompenso cardiaco
presso il Distretto di Sciacca:	A.G.I. per lo scompenso cardiaco

#### Precisazioni:

- Dovrà essere presentata una istanza, completa di tutti gli allegati, per ciascun Ambulatorio A.G.I. per il quale si intende partecipare
- Saranno prese in considerazione solo le istanze compilate correttamente e complete di allegati; saranno invece escluse le istanze incomplete, illeggibili o presentate fuori termine.

Il Dirigente Medico  
Gestione Conv. e budget MMG e PLS  
Dott. Diego Amico



Il Direttore del D.S.B. di Agrigento  
Dott. Giuseppe Amico

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA DI MEDICI DI MG PER  
AMBULATORIO A GESTIONE INTEGRATA PER LA PATOLOGIA (barrare uno soltanto):**

U.O.S. Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Cod. Reg. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_  
Ambulatorio di Medicina generale nel Distretto di \_\_\_\_\_ Comune  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Medicina in associazione    SI    NO    (barrare una opzione)

**CHIEDE**

Di essere incluso nella graduatoria per l'Ambulatorio a Gestione Integrata presso il PTA di

- AGRIGENTO (Diabete mellito)
- LICATA (Diabete mellito)
- CANICATTI' (Scompenso cardiaco)
- SCIACCA (Scompenso cardiaco)

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione di servizio (All. A1)
2. lista dei propri assistiti a medio-alta complessità ed in particolare quelli a rischio di scompenso e di ricovero per predisporre un piano di cura all'interno dell'Ambulatorio a Gestione Integrata (All. A2)
3. copia di un documento di identità del sottoscritto in corso di validità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso l'indirizzo PEC sotto indicato:

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

Di essere convenzionato con il S.S.N. per la Medicina Generale dal \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. L.vo n. 196 del 30/06/2003 (codice privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.



All'A.S.P. di Agrigento  
Viale della Vittoria 321  
92100 Agrigento  
c/o U.O. Gestione Conv. e Budget Medici di Medicina Generale e Pediatria  
P.E.C.: [assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it](mailto:assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it)

OGGETTO: Riconoscimento indennità di collaboratore di studio medico

Il/la sottoscritto/a Dott/ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

E residente in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Medico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, cod. reg.  
n° \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

L'inserimento nella Graduatoria valida per l'anno 2021 ai fini della corresponsione della indennità di collaboratore di studio medico, ai sensi dell'A.C.N. dei Medici di medicina generale e dell'Accordo Regionale di Assistenza Primaria vigenti.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art 76 T.U. - D.P.R. 445/2000)

#### DICHIARA

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28/12/2000 recate il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

1. di essere convenzionato/a per l'assistenza primaria dal \_\_\_\_\_
2. di utilizzare un collaboratore di studio professionale, assunto secondo il contratto nazionale di lavoro per la categoria o fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, assunto dal \_\_\_\_\_

S allegano i seguenti documenti:

- Contratto UNILAV di assunzione del collaboratore di studio
- Copia documento di identità del sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_
- Copia documento di identità del Collaboratore di Studio Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_
- Ultimo cedolino paga del collaboratore di studio

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga fatta pervenire presso l'indirizzo P.E.C. sopra indicato

DATA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA