



**AZIENDA
SANITARIA
PROVINCIALE
DI TRAPANI**

Asp di Trapani
0055594
28/05/2020 - USCITA

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 – 91100 TRAPANI
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI
UOS APPLICAZIONI CONTRATTUALI DEL PERSONALE CONVENZIONATO
Via Cesarò, 125 - fraz. Casa Santa 1 - 91016 ERICE (TP) PEC medicinageneralepediatria@pec.asptrapani.it
T. +39.0923.472.484 e-mail apmmg@asptrapani.it T. +39.0923.472.492 e-mail palmacatanzaro@asptrapani.it

CONVOCAZIONE

ai medici inseriti nella Graduatoria Aziendale GMT 2020 per il conferimento di **incarichi di Guardia Medica Turistica**, giusta avviso prot. n. 50430 del 13/05/2020, con scadenza 31/05/2020.

Tenuto conto dell'emergenza sanitaria da COVID-19, la presente è da intendersi a tutti gli effetti convocazione per conferimento di incarichi per il servizio di Guardia Medica Turistica per i seguenti presidi:

Distretto Sanitario		presidi Guardia Medica Turistica dal 15/06/2020 al 15/09/2020	
50	Trapani	Marausa (diurna)	n. 3 medici a 24 ore settimanali n. 1 medico a 12 ore settimanali
50	Trapani	Marettimo (24 ore)	n. 7 medici a 24 ore settimanali
50	Trapani	San Vito Lo Capo (diurna)	n. 3 medici a 24 ore settimanali n. 1 medico a 12 ore settimanali
53	Mazara	Tonnarella (24 ore)	n. 7 medici a 24 ore settimanali
54	Castelvetrano	Tre Fontane (24 ore)	n. 7 medici a 24 ore settimanali
54	Castelvetrano	Triscina (diurna)	n. 3 medici a 24 ore settimanali n. 1 medico a 12 ore settimanali
55	Alcamo	Alcamo Marina (diurna)	n. 3 medici a 24 ore settimanali n. 1 medico a 12 ore settimanali
55	Alcamo	C/mare del Golfo (diurna)	n. 3 medici a 24 ore settimanali n. 1 medico a 12 ore settimanali
55	Alcamo	Scopello (diurna)	n. 3 medici a 24 ore settimanali n. 1 medico a 12 ore settimanali

Distretto Sanitario		presidio Attività Sanitaria Turistica dal 15/06/2020 al 15/09/2020	
50	Trapani	Erice vetta (dalle ore 08.00 alle ore 20.00 escluso prefestivi e festivi)	n. 2 medici a 24 ore settimanali n. 1 medico a 12 ore settimanali

I medici interessati ed inseriti nella Graduatoria aziendale anno 2020 per la GMT, giusta avviso prot. n. 50430 del 13/05/2020, con scadenza 31/05/2020, dovranno inviare, **entro le ore 08:00** del giorno **venerdì 05/06/2020**, tramite PEC medicinageneralepediatria@pec.asptrapani.it la dichiarazione di disponibilità, come da modello allegato, indicando la sede presso la quale si rende disponibili per il conferimento dell'incarico. Si fa presente che potranno essere indicate più sedi, nel qual caso è necessario ed indispensabile indicare l'ordine di preferenza delle stesse.

L'assegnazione della sede avverrà secondo la fascia di appartenenza e nel rispetto dell'ordine della graduatoria. Mancata trasmissione tramite PEC della predetta dichiarazione di disponibilità sarà intesa come rinuncia.

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 alle OO.SS. di categoria ed ai Distretti Sanitari per maggiore diffusione.

IL RESPONSABILE UOS
Dott.ssa *Rosaria Maria Puccio*

IL RESPONSABILE UOC
Dott.ssa *Francesca Barraco*

DICHIARAZIONE di disponibilità
per l'accettazione al conferimento di incarico per il servizio di Guardia Medica Turistica
da scrivere a stampatello e leggibile

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____

il _____ mobile _____ e-mail _____

PEC _____

COMUNICA

la propria disponibilità all'accettazione all'incarico per il servizio di Guardia Medica Turistica per i seguenti presidi:

ordine preferenza	presidi Guardia Medica Turistica dal 15/06/2020 al 15/09/2020
	Marausa (<i>diurna</i>)
	Marettimo (<i>permanente</i>)
	San Vito Lo Capo (<i>diurna</i>)
	Tonnarella (<i>permanente</i>)
	Tre Fontane (<i>permanente</i>)
	Triscina (<i>diurna</i>)
	Alcamo Marina (<i>diurna</i>)
	C/mare del Golfo (<i>diurna</i>)
	Scopello (<i>diurna</i>)
	Erice vetta (<i>dalle ore 08.00 alle ore 20.00 escluso prefestivi e festivi</i>)

_____ li _____

Firma (*) _____

(*) documento di identità del sottoscrittore.