

**TOTALE ORE DA PUBBLICARE - I TRIMESTRE ANNO 2021**

ATTIVAZIONE TURNI DISPONIBILI					
DISTRETTO	POLIAMBULATORIO	BRANCA	N° ORE	GIORNO	ORARIO
S.AGATA DI MILITELLO	S. AGATA M.	ODONTOIATRIA	6	VENERDI'	8,00-14,00
S.AGATA DI MILITELLO	TORTORICI	ODONTOIATRIA	4	LUNEDI'	8,00-12,00
S.AGATA DI MILITELLO	TORTORICI	ODONTOIATRIA	6	GIOVEDI'	7,30-13,30
S.AGATA DI MILITELLO	TORTORICI	ODONTOIATRIA	4	GIOVEDI'	14,00-18,00
TAORMINA	S.ALESSIO SICULO	ODONTOIATRIA	4	MERCOLEDI'	7,45-11,45
TAORMINA	S.ALESSIO SICULO	OCULISTICA	3	MERCOLEDI'	7,45-10,45
MILAZZO	MILAZZO	OCULISTICA	3	MERCOLEDI'	8,00-11,00
MILAZZO	MILAZZO	OCULISTICA	3	GIOVEDI'	15,00-18,00
MILAZZO	MILAZZO	OCULISTICA	6	VENERDI'	8,00-14,00
MILAZZO	MILAZZO	GERIATRIA	5	LUNEDI'	8,00-13,00
S. AGATA MILITELLO	CAPO D'ORLANDO	GERIATRIA	5	MERCOLEDI'	8,00-13,00
LIPARI	LIPARI	GERIATRIA	4	LUNEDI'	14,30-18,30
MISTRETTA	S.STEFANO DI CAMASTRA	DERMATOLOGIA	6	LUNEDI'	8,00-14,00
LIPARI	LIPARI	DERMATOLOGIA	6	MERCOLEDI'	8,00-14,00
S. AGATA DI MILITELLO	TORTORICI	DERMATOLOGIA	4	GIOVEDI	8,30-12,30
PATTI	PATTI	DERMATOLOGIA	2	SABATO	8,00-10,00
MILAZZO	MILAZZO	DERMATOLOGIA	4	GIOVEDI	14,30-18,30
S.AGATA DI MILITELLO	CAPO D'ORLANDO	DERMATOLOGIA	6	MERCOLEDI'	8,00-14,00
TAORMINA	S. ALESSIO SICULO	DERMATOLOGIA	5	MARTEDI	8,30-13,30
TAORMINA	S. ALESSIO SICULO	DERMATOLOGIA	3	MARTEDI	14,30-17,30
TAORMINA	S. ALESSIO SICULO	DERMATOLOGIA	5	VENERDI'	8,30-13,30
PATTI	PATTI	CARDIOLOGIA	5	VENERDI'	8,00-13,00
PATTI	BROLO	CARDIOLOGIA	4	MERCOLEDI'	14,00-18,00
TAORMINA	FRANCAVILLA DI SICILIA	GERIATRIA	1,30	MARTEDI'	10,00-11.30
<b>TOTALE ORE 104,30</b>					

MODELLO DI DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI INCARICO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE -

**DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE PER LETTERA RACCOMANDATA O PEC:**

medicinabase.messina@pec.asp.messina.it

AL COMITATO ZONALE SPECIALISTI AMBULATORIALI DELL'ASP DI MESSINA presso  
Ex Ospedale R. MARGHERITA – Via XIX Fanteria – 98121 MESSINA

Il sottoscritto Dott. .... nato a .....  
il ..... residente in ..... via .....  
CAP ..... tel/cell ..... comunica quanto segue:  
- di essere laureato in ..... dal .....;  
- di essere specialista in ..... dal .....;  
- di prestare in atto servizio presso ..... in qualità di .....  
con anzianità di servizio dal .....;  
- di essere/non essere titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'E.N.P.A.M.;  
- di dare la propria disponibilità all'attribuzione dei seguenti turni di specialistica ambulatoriale  
pubblicati nel ..... Trimestre dell'anno ..... da codesto Comitato Zonale: (specificare  
poliambulatorio, orari e giornate):  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**per gli specialisti ambulatoriali titolari di incarico a tempo indeterminato**

comunica altresì che, a far data dal conferimento dell'incarico, rinuncerà ai seguenti turni:  
(specificare numero ore, giornata e poliambulatori)  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**per i titolari di convenzione e dipendenti di struttura pubblica**

esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di  
lavoro .....  
.....

---

**per gli specialisti, presenti in graduatoria, per eventuale incarico annuale.**

di dare la propria disponibilità all'assegnazione dei seguenti turni di specialistica ambulatoriale  
resisi vacanti e pubblicati da codesto Comitato Zonale (specificare poliambulatorio, orari e  
giornate)  
.....  
.....  
.....  
.....

---

Si allega documento di identità

Data .....

Firma .....

La presente comunicazione di disponibilità deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata  
dalla fotocopia leggibile (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del  
sottoscrittore pena esclusione.