

Azienda sanitaria locale 'TO5'

**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI MEDICO ADDETTO ALL'ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

E' indetto avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria di disponibilità da utilizzare per il conferimento di incarichi a tempo determinato di medico addetto all'attività di continuità assistenziale.

Possono presentare istanza per la partecipazione al presente avviso i medici inseriti nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'ACN del 29/7/2009, valida per l'anno 2017.

In caso di mancata o insufficiente partecipazione al presente avviso di medici in possesso del requisito citato, verranno prese in considerazione le altre domande pervenute, che ai fini della formulazione della graduatoria, come previsto dall'art. 3 dell'AIR del 29/1/2013, verranno inserite in quattro sezioni:

1. Medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale o equipollenti non presenti nella graduatoria regionale di settore;
2. Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale;
3. Medici non inclusi nelle categorie 1), 2) e 4);
4. Medici frequentanti un corso di specializzazione.

All'interno di ogni sezione è data priorità ai medici residenti nell'ASL (10 punti) e nella Regione Piemonte (10 punti). A parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

Gli incarichi verranno assegnati scorrendo nell'ordine le sezioni sopraindicate.

Gli interessati sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice secondo lo schema esemplificativo allegato, corredata della documentazione ritenuta necessaria per l'inserimento nella graduatoria di che trattasi o di dichiarazione sostitutiva di certificazione, unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità al seguente indirizzo "ASLTO5 Ufficio protocollo, P.zza Silvio Pellico 1, 10023 Chieri (TO)". La domanda sarà altresì presa in considerazione se inviata tramite PEC personale all'indirizzo [protocollo@cert.aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it). Le domande inviate da casella di posta elettronica semplice o non personale anche se indirizzata alla PEC Aziendale non saranno ritenute valide.

Le domande dovranno pervenire a partire dal 1.1.2017 e sino al 31.1.2017.

**Eventuali domande pervenute fuori dal predetto termine non saranno in alcun modo prese in considerazione e, conseguentemente, per le domande recapitate a mezzo posta non rileverà il timbro postale di partenza.**

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Amm.ne del Personale – settore personale convenzionato, dell'A.S.L.TO5 di Moncalieri Tel. 011/6930.319 - 320.

Il Direttore Generale  
(dott. Massimo UBERTI)

**ASL TO5**  
**Ufficio Protocollo**  
**P.zza Silvio Pellico, 1**  
**10023 Chieri (TO)**  
**PEC: [protocollo@cert.aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it)**

Domanda: Inserimento nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarico a medico di Continuità Assistenziale a tempo determinato (ex Guardia Medica) Ai sensi dell'A.I.R. del 29/1/2013 – Anno 2017

Il sottoscritto dott. (Cognome) ..... (Nome) .....

Nato a ..... prov. ....il .....

Codice fiscale.....

Residente a ..... prov. ....

Via/Pzza..... n. .... CAP .....

Tel. Fisso ..... cell. .... e-mail .....

Posta Elettronica Certificata PEC (obbligatoria): .....

### CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria di disponibilità in qualità di Medico di Continuità Assistenziale a tempo determinato presso codesta Azienda Sanitaria Locale.

Allega alla presente:

1. copia documento di identità;
2. copia di.....  
.....  
.....
3. autocertificazione

Data \_\_\_\_\_

Firma .....

la domanda deve essere compilata in stampatello.

Il sottoscritto dott. (Cognome) ..... (Nome) .....

Nato a ..... prov. ....il .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di :

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di .....  
in data ..... Voto di laurea .....
2. di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data .....
3. essere iscritto/a all' Ordine dei medici di ..... dal ..... al n. ....
4. di essere iscritto nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva per la Medicina Generale – Area Continuità Assistenziale valida per l'anno 2017 con punti .....
5. Di essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o Titolo equipollente conseguito in data .....
6. Di essere iscritto al corso di Formazione specifica in Medicina Generale Triennale (specificare anno di frequenza) anno di frequenza ..... Presso  
.....
7. Di essere iscritto al Corso di specializzazione in.....:  
presso .....
8. di .....

Data \_\_\_\_\_

Firma .....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma .....

1. L'ASL TO5 si riserva di verificare la veridicità delle suindicate.