AZIENDA SANITARIA LOCALE "ASL AL"

AVVISO PUBBLICO PER L'ISCRIZIONE ALLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE
SETTORE ASSISTENZA PRIMARIA
ANNO 2022

Ai sensi dell'art. 15 ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29/07/2009, così come sostituito dall'art. 2 ACN 21/06/2018 e modificato dall'art. 1 ACN 18/06/2020 è indetto avviso pubblico per la formazione della graduatoria aziendale per il settore di Assistenza Primaria, valevole per l'anno 2022, per l'eventuale conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione.

Nella citata graduatoria verranno inseriti:
a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni.(modifica introdotta dall'ACN 18/06/2020)

e, ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:
d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Possono partecipare all'avviso:

1. I medici di cui alla lettera a), graduati secondo l'ordine di punteggio nella graduatoria regionale;
2. I medici di cui alle lett. b), c), d) ed e), graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

In applicazione dell'art. 2-quinquies, comma 4 del D.L. n. 18 del 17.03.2020, convertito nella L. n. 27 del 24.04.2020, per la durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, i medici iscritti al corso di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale, durante il percorso formativo, possono assumere incarichi provvisori di Assistenza Primaria. Il periodo di attività, svolto dai suddetti medici esclusivamente durante lo stato di emergenza, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione o di formazione specifica in medicina generale.

TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di inserimento nelle graduatorie di disponibilità dovrà essere redatta utilizzando l'allegato modulo, compilato in modo chiaro e leggibile in ogni sua parte e **provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (Euro 16,00).**

La domanda dovrà pervenire entro e non oltre il 30° giorno decorrente dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul sito istituzionale dell'ASL AL www.aslal.it , unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità, al seguente indirizzo di posta certificata (PEC) aziendale:

aslal@pec.aslal.it

con il seguente oggetto: **"Partecipazione all'avviso pubblico per l'iscrizione alla graduatoria aziendaleASL AL per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di assistenza primaria – Anno 2022."**

Le domande che perverranno oltre il suddetto termine non saranno considerate valide ai fini della redazione della graduatoria, ma saranno registrate in ordine cronologico di ricezione e utilizzate nel caso di carenza di disponibilità da parte dei medici inseriti nella graduatoria.

In caso di mancata accettazione di incarico convenzionale, i medici saranno collocati in fondo alla graduatoria al fine di eventuali ulteriori proposte di convenzionamento.

L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso, dandone notizia sul sito aziendale.

I dati personali trasmessi dai concorrenti con le domande di partecipazione all'avviso saranno trattati per le finalità di gestione della procedura nel rispetto della normativa sulla riservatezza.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.S. Convenzioni Uniche Nazionali – email convenzionemedici@aslal.it - tel. 0131 – 307459

IL RESPONSABILE
S.S. CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI
Dott.ssa Annamaria Milanese

MARCA

DA BOLLO

Spett.le ASL AL

S.S. CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE

Dott.ssa Annamaria MILANESE

aslal@pec.aslal.it

OGGETTO: Partecipazione all'avviso pubblico per l'iscrizione alla graduatoria aziendale ASL AL per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di assistenza primaria – Anno 2022

Il sottoscritto Dott…….. ……..... nato a.....

Prov …….. il …….. …....Codice Fiscale …….....

Residente a …….... Via ……n…….....

CAP. ……. Tel…….. ……..... email:…….....

PEC:……..(per ogni comunicazione relativa al presente avviso)

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria aziendale - settore di Assistenza Primaria – Anno 2022

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di……. in data …….....con valutazione finale di.....;

2. di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di..... dal.....;

3. di essere/non essere (1) in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente;

4. di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno.2021 con punti ……....;

5. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L. n.256/1991 presso la Regione.....dal..... – annualità di frequenza 1□ – 2□ – 3□ ;

6. di essere/non essere (1) iscritto al corso di Specializzazione di cui al D.L. n. 257/1991 e corrispondenti norme di cui al D.L. n. 368/1999:

denominazione del corso.....

soggetto pubblico che lo svolge.....

con inizio dal.....;

7. di svolgere attualmente le seguenti ulteriori attività: …….
   dal …….. al …….

Note …….

…….

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Si impegna a comunicare tramite PEC all' ASL, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autentica qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

E' consapevole che all'atto dell'assunzione non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità di cui all'art. 17 ACN 29/7/2009;

Si allega alla presente domanda:

Copia fotostatica di valido documento di identità;

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASL AL ed Enti o Aziende collegate per finalità inerenti al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente domanda, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato.
I dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679.

(1) Cancellare la parte che non interessa

Luogo e data …….

FIRMA ……..