Azienda Sanitaria Locale AL

Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale convenzionato

E' indetto avviso pubblico il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale convenzionato, ai sensi dell'art. 38 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina, per l'ambito di Castellazzo B.da, Distretto di Alessandria – Valenza, **con apertura ambulatoriale nel Comune di Predosa.**

Data inizio attività: 01/04/2022

Possono presentare istanza di partecipazione al suddetto incarico:

- i medici inseriti nella graduatoria regionale di assistenza primaria, valida per l'anno 2022, ed in subordine:
  - i 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;
  - i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Piemonte;
  - con riserva, in caso di assenza di istanze delle categorie precedenti, i medici regolarmente iscritti all'Albo Professionale, salvo verifica di insussistenza di cause di inconferibilità.

Gli interessati dovranno presentare domanda indirizzata a:

ASL AL - S.S. Convenzioni Uniche Nazionali
PEC: **aslal@pec.aslal.it**

utilizzando il fac simile allegato, **precisando di non trovarsi nelle posizioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'A.C.N. sopraccitato**. Alla domanda dovrà essere allegata fotocopia su entrambe le facciate di un documento d'identità valido.

La domanda potrà essere presentata tramite posta elettronica certificata (esclusivamente per gli utenti titolari di PEC) all'indirizzo PEC aziendale aslal@pec.aslal.it

Le domande dovranno pervenire entro 10 giorni dalla data di pubblicazione sull'Albo Pretorio Informatico dell'ASL AL (farà fede il timbro di ricezione da parte dell'Ufficio Protocollo dell'Azienda).

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Convenzioni MMG-PLS – Alessandria, tel. 0131 307459 - 307530

Il Responsabile S.S. CUN
Dott.ssa Annamaria MILANESE

All'ASL AL – S.S. CUN
15121 ALESSANDRIA (AL)

OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale per l'ambito di Castellazzo B.da, Distretto di Alessandria – Valenza, con apertura ambulatoriale nel Comune di Predosa

Il/la sottoscritto/a_____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____

Laureato il _____ università _____ punteggio _____
Iscritto all'Albo Professionale di _____ al n. _____

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico per l'incarico in oggetto, **con inizio attività il 01/04/2022;**

e, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara (barrare le voci di interesse e completare):

- ☐ Di essere iscritto/a nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2022 nel numero di posizione _____ con punteggio _____;
  ovvero
- ☐ Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma di aver acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (specificare) _____
  ovvero
- ☐ Di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Piemonte, al primo/secondo/terzo anno (specificare)
  ovvero
- ☐ Di non essere inserito/a in detta graduatoria, né iscritto al triennio di formazione in medicina generale, ma di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale

☐ Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 17 del vigente ACN, come risultante dalla compilazione dell'ALLEGATO L
ovvero
☐ Di trovarsi in condizione di incompatibilità per lo svolgimento di attività elencate nell'ALLEGATO L, ma di impegnarsi a rimuoverle prima della decorrenza dell'incarico in corso di assegnazione

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:

Cognome e nome _____
Indirizzo _____
Tel. _____
Email _____

Data _____ firma _____

ALLEGATI: Fotocopia documento d'identità