Sede legale: Via Venezia, 6
15121 ALESSANDRIA
Pec: aslal@pec.aslal.it
Partita IVA/Codice Fiscale n. 0219014006

AVVISO

Copia in pubblicazione

PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PERIODO 01.03.2019 - 29.02.2020 NELL'ASL AL DISTRETTI DI: ACQUI TERME-OVADA, ALESSANDRIA-VALENZA, CASALE MONFERRATO, NOVI LIGURE-TORTONA, E PER LA MEDICINA PENITENZIARIA DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO "CANTIELLO E GAETA" SEZ. CIRCONDARIALE "DON SORIA" E SEZ. DI RECLUSIONE "SAN MICHELE" DI ALESSANDRIA (AIR DGR 29.1.2013 N 37-5285).

In relazione al disposto di cui all' ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sottoscritto in data 29/07/2009, all'art. 3 dell' Accordo Integrativo Regionale 29.1.2013 e alla nota della Regione Piemonte n. 25804 DB 20 16 del 12/11/2013, che prevede il rinvio ad Accordi Aziendali per l'utilizzo delle graduatorie, sentite le OO.SS. di categoria, viene indetto il presente Avviso per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione nell'attività di Continuità Assistenziale e Medicina Penitenziaria nelle sedi di servizio dell'Asl AL di Alessandria e nell'Istituto Penitenziario "Cantiello e Gaeta" Sez. Circondariale "Don Soria"e Sez. di Reclusione "San Michele".

Requisiti per presentare la domanda:

- Laurea in Medicina e Chirurgia e relativa abilitazione
- Iscrizione all'Ordine dei Medici
- Sottoscrizione della dichiarazione di possesso dei requisiti generici di ammissibilità e della mancanza di situazioni di incompatibilità.

La graduatoria sarà costituita da 4 sezioni, come sottonotato, a seconda dei requisiti posseduti:

a) Diploma di formazione specifica in medicina generale o equipollenti, inseriti, o in subordine non inseriti, nella graduatoria regionale di Settore del Piemonte;
b) Frequenza al corso di formazione specifica in medicina generale;
c) Nessuna delle ipotesi di cui alle categorie a, b, d;
d) Frequenza ad un corso di specializzazione.

I titoli valutabili ai fini della formazione delle graduatorie sono elencati nell'art. 3 dell'AIR suddetto e precisamente:

- All'interno di ogni sezione è data priorità ai medici iscritti 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 vengono assegnati scorrendo nell'ordine le 4 sezioni.
- Tutti gli incarichi sono attribuiti a 24 ore a settimana.
- Fanno eccezione al punto precedente unicamente gli incarichi assegnati ai medici della sezione d) che avranno un massimale di 60 ore al mese.

Sede legale: Via Venezia, 6
15121 ALESSANDRIA
Pec: aslal@pec.aslal.it
Partita IVA/Codice Fiscale n. 0219014006

Copia in pubblicazione

Sulla base dell'intervenuto Accordo con le OO.SS. della Continuità Assistenziale, formulato ai sensi della nota Regione Piemonte prot. n. 25804DB2016 del 12/11/2013 che prevede espressamente tale fattispecie, la graduatoria aziendale di disponibilità sarà utilizzata al fine di garantire il servizio in seguito a dimissione del personale operante, in quanto i pregressi incarichi a tempo determinato assegnati su ore vacanti, sono rinnovati prima dell'inserimento di nuovo medici, mentre gli incarichi attribuiti per sostituzione di medici già assegnatari di incarico, proseguiranno fino al rientro dei medici sostituiti e cesseranno contestualmente al rientro.

Gli incarichi avranno durata fino al 29.2.2020.

L'incarico si interromperà anticipatamente nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura delle ore vacanti (art. 63 ACN 29.7.2009).

Il compenso spettante ai medici incaricati per il servizio di Continuità Assistenziale di cui al presente avviso, sarà quello previsto dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli Accordi Integrativi Regionali.

Tra gli aspiranti all'incarico di continuità assistenziale presso gli Istituti Penitenziari verrà formulata separata graduatoria escludendo i Medici in condizioni di specifica incompatibilità; l'assegnazione di detto incarico è subordinata al nulla osta rilasciato dall'Amministrazione Penitenziaria.

I medici aspiranti agli incarichi presso i Distretti ASL AL dovranno essere in possesso della patente di guida per poter utilizzare l'automezzo di servizio fornito dall'ASL, privo di autista. In difetto gli spostamenti saranno a carico del Medico interessato.

I medici interessati dovranno presentare la domanda di partecipazione, redatta sul modulo predisposto dall'Azienda scaricabile, dal sito della ASL AL (www.aslal.it) completo in ogni sua parte, e **dovrà pervenire** a mezzo raccomandata alla ASL AL – Ufficio Protocollo – Via Venezia, 6 – 15121 ALESSANDRIA entro e non oltre il giorno **31 gennaio 2019.**

A tal fine farà fede la data il timbro postale di ricezione. E' inoltre consentito l'invio di domande alla seguente casella di posta elettronica certificata dell'Azienda: aslal@pec.aslal.it. Non saranno ritenute valide le domande inviate via fax.

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione, ma la stessa deve essere presentata unitamente a **fotocopia di valido documento di identità, pena l'esclusione della stessa**.

SCADENZA 31 GENNAIO 2019.

SS Gestione Convenzioni Uniche Nazionali
Via Pacinotti, 38 – 15121 ALESSANDRIA
Tel 0131-307422/307530
www.aslal.it

Sede legale: Via Venezia, 6
15121 ALESSANDRIA
Pec: aslal@pec.aslal.it
Partita IVA/Codice Fiscale n. 0219014006

Copia in pubblicazione

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI
INCARICO A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E/O MEDICINA PENITENZIARIA NELL' ASL AL

Raccomandata A.R.
o PEC: aslal@pec.aslal.it

UFFICIO PROTOCOLLO
ASL AL
VIA VENEZIA, 6
15121 ALESSANDRIA

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

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

Residente a ..... Via .....n.....

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

Pec:.....

VISTO L'AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E LA MEDICINA PENITENZIARIA INDETTO DA CODESTA AZIENDA ASL AL

chiede l'inserimento nella graduatoria aziendale come segue:

( ) Continuità Assistenziale

( ) Medicina Penitenziaria

(barrare una o entrambe le caselle)

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:

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

Copia in pubblicazione

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

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

di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno.....;

di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L. n.2 56/1991 presso la Regione.....dal.....;

di appartenere/non appartenere (1) alla sezione c) "Medici non inclusi nelle categorie a, b, d", del suddetto avviso;

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.....;

di essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo A.C.N. 29/7/2009, con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... presso l'Azienda.....;

di essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico Pediatra di libera scelta ai sensi del relativo A.C.N., con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... presso l'Azienda.....;

di essere/non essere (1) titolare di incarico nella Medicina dei Servizi a tempo indeterminato /determinato presso l' ASL..... per n. ore settimanali.....

Note .....

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Mi impegno a comunicare tramite raccomandata A.R. O 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.

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

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la presente domanda: Via /Piazza ....n.....Località.....
Prov.....Cap..... ....Tel.....email.....

pec:.....

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 Regolamento UE 2016/679.

(1) Cancellare la parte che non interessa

Luogo e data .....

FIRMA

Copia in pubblicazione