

**AVVISO PUBBLICO PER L'ISCRIZIONE ALLE GRADUATORIE AZIENDALI DI DISPONIBILITA' PER IL
CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE
SERVIZI DI ASSISTENZA PRIMARIA, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA
VALIDITA' DAL 01/03/2021 AL 28/02/2022**

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, e alle disposizioni di cui all'AIR per la Continuità Assistenziale, relativamente alla tempistica, così come concesso dall'art. 15 ACN comma 6, è indetto avviso pubblico per la formazione di tre distinte graduatorie aziendali, con validità dal 01/03/2021 al 28/02/2022, di Medici disponibili per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione presso i seguenti Servizi:

- ❖ Assistenza Primaria
- ❖ Continuità Assistenziale
- ❖ Assistenza Sanitaria Penitenziaria (relativamente ai medici S.I.A.S. di cui alla D.G.R. n. 56 – 4259 del 30/07/2012)

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.

Tutti gli incarichi saranno attribuiti a 24 ore a settimana, ad eccezione degli incarichi assegnati ai medici della sezione e) che avranno un massimale di 60 ore al mese.

Sulla base dell'intervenuto Accordo con le OO.SS. della Continuità Assistenziale, formulato ai sensi della nota Regione Piemonte prot. n. 25804 DB 20 16 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.

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.

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.

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 23 febbraio 2021, 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 alle graduatorie aziendali ASL AL per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di assistenza primaria, continuità assistenziale e assistenza sanitaria penitenziaria"**.

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 / 307530



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 alle graduatorie aziendali ASL AL per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di assistenza primaria, continuità assistenziale e assistenza sanitaria penitenziaria

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

Prov ilCodice Fiscale

Residente a Vian.....

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

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

VISTO L'AVVISO PUBBLICO, DI CUI ALL'OGGETTO,RELATIVO ALPERIODO 01/03/2021 – 28/02/2022

chiede l'inserimento nella graduatoria aziendale come segue (barrare la/e voce/i di interesse):

- Assistenza Primaria
- Continuità Assistenziale.
- Assistenza Sanitaria Penitenziaria.

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 datacon 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 essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico di Medicina Generale 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.....;
8. 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.....;

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

10. di aver/non aver svolto (1) la seguente pregressa attività nell'ambito della Sanità Penitenziaria Sede Impegno orario sett.....
Dal.....al.....
Dal.....al.....

Note

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Mi impegno 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.

Sono 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