

Azienda sanitaria locale 'CN2'

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI DISPONIBILITA' ALLA COPERTURA DI SOSTITUZIONE A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, NEL SERVIZIO DIURNO DI GUARDIA MEDICA H 12 PRESSO LA CASA DI RECLUSIONE "G. MONTALTO" DI ALBA E PRESSO LA STRUTTURA C.A.V.S. DI CANALE.

All. A

REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria Locale CN2

S.C. Amm.ne del Personale e Sviluppo Risorse Umane

Sede Legale: Via Vida, 10

12051 Alba (CN)

Tel. 0173/316962 - 594502

Fax 0173/316480

E-mail: personaleconvenzionato@aslcn2.it



AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI DISPONIBILITA' ALLA COPERTURA DI SOSTITUZIONE A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, NEL SERVIZIO DIURNO DI GUARDIA MEDICA H 12 PRESSO LA CASA DI RECLUSIONE "G. MONTALTO" DI ALBA E PRESSO LA STRUTTURA C.A.V.S. DI CANALE.

In esecuzione alla determinazione n. 816 del 23/06/2021 è indetto un avviso pubblico, ai sensi dell'art. 2, comma 6, dell'A.C.N. per la Medicina Generale reso esecutivo dal 21 Giugno 2018, per la formazione di una graduatoria di disponibilità al fine del "Conferimento di Sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale, nel Servizio diurno di guardia medica h 12 presso la Casa di Reclusione "G. Montaldo" di Alba e presso la Struttura C.A.V.S. di Canale.

Possono presentare domanda per il conferimento di tale incarico ai sensi dell' art. 2 comma 6 del citato A.C.N.,

- 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
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione

Ai sensi dell'art. 3 comma 3 dell' A.I.R. 2013 all'interno di ogni sezione è data priorità ai medici residenti nell'ASL (10 punti) e nella Regione Piemonte (10 punti).

Ai sensi dell'art. 3 comma 3 dell' A.I.A. sottoscritto in data 4 novembre 2013 che prevede un punteggio aggiuntivo di 5 punti per ogni anno di attività prestata nell' A.S.L CN2 come medico di Continuità Assistenziale.

A parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

Gli interessati dovranno far pervenire la domanda (all. B), **IN BOLLO** corredata della dichiarazione sostitutiva di certificazioni ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (all. C) , entro e non oltre il 30° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale, all'A.S.L. CN2, Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN).

Qualora detto termine coincida con un giorno festivo si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda deve riportare obbligatoriamente il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) e può essere:

- consegnata direttamente all'Ufficio Protocollo dell'ASL CN2 in Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN);
- inviata per posta raccomandata RR al suddetto indirizzo;
- inviata per via telematica all'indirizzo di PEC aslcn2@legalmail.it dall'autore mediante la propria casella di posta elettronica certificata.

Deve essere utilizzato esclusivamente il formato pdf. E' obbligatorio allegare fotocopia di un documento d'identità dell'aspirante interessato in corso di validità.

I dati personali richiesti verranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione ed in caso di rifiuto al trattamento si verrà esclusi dalla graduatoria.

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare o revocare il presente bando o di sospendere o prorogare o riattivare i termini di apertura dandone notizia sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi ai seguenti recapiti telefonici 0173/316962 oppure 0173/594502.

IL DIRETTORE S.C. AMM.NE PERSONALE
E SVILUPPO RISORSE UMANE
Franco CANE

All.to B)

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2
Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritt Dott.chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul B.U.R.P. n. del per la formazione di apposita graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale, nel Servizio integrativo diurno di assistenza sanitaria c/o la Casa di Reclusione "G. Montalto" di Alba e presso la Struttura C.A.V.S. di Canale.

La mancata accettazione ad uno dei tre incarichi non comporta la decadenza dagli altri due.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ e
residente a _____ in via
_____ n. _____

b) di essere residente in Regione Piemonte dal _____ nel Comune di

Prov. _____ Via _____ da
l _____

c) tel. _____ indirizzo di posta
elettronica _____

d) di essere/non essere in possesso della patente di cat. B n. _____ valida fino
al _____

e) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici di _____ al
n. _____

f) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data
_____ con il seguente punteggio _____

- g) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale o titolo equipollente come previsto dai DD.LL.vi n.256/91, 368/99 e 277/03;
- h) di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno_____
- i) di avere/non avere acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale
- j) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale;
- k) di avere/non avere acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994

- l) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione;
- m) di aver prestato/prestare servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2, presso la Casa di Reclusione di Alba o presso la Struttura C.A.V.S. di Canale a decorrere dal_____ fino al_____
- che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) obbligatoria al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente:_____

Il/la sottoscritt ,ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.
Data _____ Firma _____

Allegare alla presente copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità.

All.to C)

Il presente allegato è da utilizzare nel caso in cui non vengano prodotti documenti originali o autenticati ai sensi di legge, per quanto riguarda gli stati, fatti e qualità personali.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

DICHIARA

ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000

- di essere residente in Piemonte dal_____ nel Comune di_____ prov. _____
Via_____ dal_____
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ c/o l'Università di_____ con il seguente voto di laurea_____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n._____;
- di aver prestato servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2, presso la Casa di Reclusione di Alba o presso la Struttura C.A.V.S. di Canale a decorrere dal_____ fino al_____

- di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale conseguito il _____ c/o l'Università di _____ , o del titolo equipollente di cui al D.L.vo 08/08/1991, n. 256, 17/08/1999 n. 368 e 08/07/2003 n. 277;
- di essere iscritto nella graduatoria regionale
- di frequentare il corso di formazione in medicina Generale presso l'Università di _____ ;

- di essere in possesso dell'abilitazione professionale acquisita successivamente alla data del 31/12/1994;
- di frequentare il corso di specializzazione presso l'Università di _____ .

Allega copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso

N.B.: Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alle predette dichiarazioni una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati oggetto delle dichiarazioni.