

Azienda sanitaria locale 'AT'

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA “APERTA” AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE A TEMPO DETERMINATO NEL SETTORE DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA DA UTILIZZARE PER IL PERIODO DAL 21/11/2022 AL 10/05/2023.

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione S.C Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera nr. 1703 del 17/11/2022 è indetto avviso pubblico per la formazione di una nuova graduatoria aziendale aperta di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione a tempo determinato nel settore Assistenza Primaria a ciclo di scelta da utilizzare per il periodo dal 21/11/2022 al 10/05/2023.

Possono presentare domanda per il conferimento dei suddetti incarichi, ai sensi dell' art. 19 comma 6 A.C.N 28/04/2022, secondo il seguente ordine di priorità le sottoelencate categorie di medici:

INCARICHI PROVVISORI

- 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 Regione Piemonte, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni,

SOSTITUZIONI

- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici di cui alle lettere b), d), e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea”.

I medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) e successivamente secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpellato per i medici residenti nell'ambito carente dell'ASL AT, in seguito nella Regione Piemonte e da ultimo fuori Regione.

TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Gli interessati dovranno far pervenire la domanda **in bollo**, secondo lo schema esemplificativo allegato, **durante tutto il periodo interessato dal 21/11/2022 al 10/05/2023.** La graduatoria verrà mensilmente elaborata con le domande pervenute entro il giorno 10 di ogni mese e potrà essere utilizzata dall'Azienda in caso di necessità per il conferimento dei suddetti incarichi provvisori e di sostituzione nella Assistenza Primaria a ciclo di scelta;

Il presente bando verrà pubblicato sul sito aziendale alla voce “Concorsi e Avvisi” e altresì sul BURP

La domanda dovrà essere inviata esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC intestata all'istante) nel rispetto dell'art. 65 D. Lgs. nr. 82/05, avendo cura di allegare copia di un documento di identità in corso di validità, al seguente indirizzo di posta:

protocollo@pec.asl.at.it;

La validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del medico di una casella di posta elettronica certificata e personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice anche se indirizzata alla PEC aziendale.

Le domande dovranno essere in bollo e integrate con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze presentate tramite PEC".

Le domande che perverranno oltre il termine suddetto non saranno tenute in considerazione.

L'ASL declina ogni responsabilità per qualsiasi ritardo, mancato arrivo, disguidi dovuti a problemi postali e/o informatici.

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a fotocopia di valido documento di identità.

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

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera, Via Conte Verde n. 125, Asti - Segreteria tel. 0141/484410-484425

S.C SERVIZI AMMINISTRATIVI AREA TERRITORIALE E OSPEDALIERA
IL DIRETTORE
Dott. Gianfranco MASOERO
(f.to in originale)

Marca da bollo €16 P.E.C. protocollo@pec.asl.at.it	SPETT.LE ASL AT S.C. SERVIZI AMMINISTRATIVI AREA TERRITORIALE E OSPEDALIERA VIA CONTE VERDE NR. 125 14100 ASTI
---	--

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA “APERTA” AZIENDALE DI DISPONIBILITA’ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE A TEMPO DETERMINATO NEL SETTORE DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA DA UTILIZZARE PER IL PERIODO DAL 21/11/2022 AL 10/05/2023.

l sottoscritto
 (cognome) _____ (nome) _____

—

nat_ a _____ prov. _____ il
 _____ e

residente
 in _____ prov _____ Via _____

_____ n. _____ c.a.p. _____

Cod.
 fisc. _____

domiciliato in _____ prov _____ Via _____

nr. _____ c.a.p. _____

cell. _____ e-
 mail _____

PEC _____
 _____ ;

in riferimento all’avviso pubblicato presso il sito aziendale dell’ASL AT “Concorsi e Avvisi “ in
 data _____ e

sul BURP nr..... del

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria “aperta” aziendale di disponibilita’ per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione a tempo determinato nel settore di assistenza primaria a ciclo di scelta da utilizzare per il periodo dal 21/11/2022 al 10/05/2023.

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall’art. 76 del DPR 28.12.2000 n.445, il sottoscritto, ai sensi degli art. 46 e 47 del citato D.P.R n. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli Studi di _____ in data _____ con votazione finale _____;

2. di avere compiuto, alla data del conseguimento del Diploma di Laurea, n. _____ anni di età;

3. di essere iscritto all’Albo professionale dei Medici Chirurghi di _____ dal _____ al _____ nr. _____

4. di essere/non essere (*) iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno _2022__ con punteggio _____ alla posizione nr _____;

5. di essere/non essere (*) in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso la Regione _____;

6. di avere/non avere (*) acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella

graduatoria regionale e precisamente in data _____ presso la Regione _____;

7. di essere iscritto/non iscritto (*) al corso di formazione specifica in medicina generale della Regione _____ dal _____ - annualità di frequenza : 1 2 3

8. di aver/non aver acquisito(*) l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

9. di frequentare/non frequentare (*)un corso di specializzazione in _____presso la Regione _____, con inizio dal _____;

10. di aver/non aver (*) riportato condanne penali

**) _____
_____;

11. di non essere/essere (*) destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

(**) _____
_____;

12. di essere/non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico

(**) _____
_____;

13. di aver/non aver subito provvedimenti di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego

(**) _____
_____;

14. di svolgere/non svolgere(*) attualmente la seguente attività _____ dal _____

_____ al _____

_____ ;

15. di avere /non avere (*)altri rapporti con il SSN od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività

dal _____

Note

.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto si impegna, ove richiesto, a presentare la documentazione probatoria dei titoli e servizi dichiarati.

Inoltre, il sottoscritto, con la presente domanda, si impegna a rispettare quanto previsto nell'Accordo Collettivo nazionale per la Medicina generale – testo integrato del 29/07/2009 ed s.m.i.

Data _____

Firma

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 DPR 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

N.B:

- Si allega fotocopia carta di identità in corso di validità,
- La presente domanda deve essere integralmente compilata, pena di esclusione dalla graduatoria: l'omissione di una o più delle dichiarazioni sopra indicate, così come la presentazione della domanda di partecipazione senza firma di sottoscrizione, comporterà l'esclusione dalla graduatoria.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(*) cancellare la parte che non interessa

(**) in caso di presenza indicare quali

L'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:

Via nr
.....Località.....
Prov.....CAP.....
TEL.....
PEC
.....
.....

Data _____ Firma

Il sottoscritto 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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 445 /2000)

Il/la sottoscritto/a

Cognome nome
nato/aprov.....il.....
residente avia

DICHIARA

1. Di aver assolto al pagamento dell'imposta con la marca da bollo di euro 16,00 avente il seguente codice identificativo _____;
2. Di aver provveduto ad annullare tale marca da bollo ed impegnarsi a conservare l'originale contestualmente alla domanda per l'inserimento nella graduatoria 2020, per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

L'A.S.L.AT si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nella decadenza dei benefici conseguiti

in base alle stesse e sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00.

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità (art. 38 del D.P.R. 445/00) Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i del Regolamento UE 2016/679 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.