
AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA NUOVA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ - ANNO 2021 - PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ASL AT DI ASTI

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione S.C Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera nr. 1042 del 07/07/2021 è indetto avviso pubblico, ai sensi dell'art. 2, comma 6, dell'A.C.N. per la Medicina Generale reso esecutivo dal 21 Giugno 2018 e dell'art. 3, comma 3 dell'A.I.R. recepito con DGR n.37-5285 del 29.01.2013, per la formazione di apposita graduatoria aziendale di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi di sostituzione a tempo determinato presso il Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL AT.

L'Azienda si riserva la facoltà altresì di attingere dalla suddetta graduatoria per ogni necessità di copertura dell'ambulatorio "I.S.I." (Informazione Salute Immigrati) e dell'ambulatorio "Codici Bianchi" che si svolgono presso il P.O. "Cardinal Massaia" di Asti.

Possono presentare domanda per il conferimento dei suddetti incarichi, ai sensi dell'art. 2 comma 6 del citato A.C.N. 21/06/2018, secondo il seguente ordine di priorità:

- 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.

Per gli incarichi verranno applicati i criteri aggiuntivi previsti dall'art. 3 dell'A.I.R. 37-5285 del 29/01/2013 (10 punti per la residenza nel territorio dell'ASL AT e 10 punti per la residenza nella Regione Piemonte)

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

I medici aspiranti all'incarico presso l'ASL AT 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.

Gli interessati dovranno far pervenire la domanda **IN BOLLO**, secondo lo schema esemplificativo allegato, entro e non oltre il **30° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale dell'A.S.L. AT alla voce "Concorsi e Avvisi"**.

Il presente bando verrà altresì pubblicato sul BURP e la data di scadenza sarà sempre riferita al 30° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale dell'A.S.L. AT

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

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 ed in caso di rifiuto al trattamento si verrà esclusi dalla graduatoria.

Lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23 marzo 2005 integrato con A.C.N. del 29 luglio 2009 ed A.C.N. dell'8 luglio 2010 e dagli Accordi Integrativi Regionali per la Continuità Assistenziale ex D.G.R. n. 28-2690 del 24.04.2006 e D.G.R. n. 37-5285 del 29.01.2013.

Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento di assegnazione dell'incarico.

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 AZIENDALE DI DISPONIBILITA' - ANNO 2021 - PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ASL AT DI ASTI

I 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 aziendale di disponibilità** per il conferimento di incarichi di sostituzione a tempo determinato presso il **Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL AT di Asti**

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 _____ conseguito in data _____ con voto _____ ;

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

3. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data _____ a _____;
4. di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici di _____ dal _____ al nr. _____
5. di essere/non essere (*) iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno _____ con punteggio _____;
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 _____
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 _____
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 revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale
(**) _____;
14. di aver/non aver subito provvedimenti di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego
(**) _____;
15. di aver/non aver(*) situazioni di incompatibilità con l'incarico di cui al presente avviso, ai sensi dell'art. 17 del vigente ACN

(**) _____;

16. di essere/non essere (**) titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di medicina generale presso l'ASL _____ con nr. di scelte in carico a _____ o di medico pediatra di libera scelta presso l'ASL _____ con nr. di scelte in carico a _____;

17. di svolgere/non svolgere(*) attualmente la seguente attività _____ dal _____ al _____;

18. di avere /non avere (*)altri rapporti con il SSN od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività dal _____ 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 nonché le disposizioni regionali (AIR di cui alla DGR 37-5285 del 29.01.2013, DGR 56-4259 del 30/07/2012) ed aziendali (Accordo integrativo Aziendale ASL AT)

Data _____ Firma _____

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità

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. e del Regolamento UE2016/67P 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 nrLocalità.....
Prov.....CAP..... TEL.....
PEC

Data _____ Firma _____

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 smi 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.