

---

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA “APERTA” DI MEDICI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE PRESSO IL SERVIZIO DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE E L’ISTITUTO PENITENZIARIO “CASA DI RECLUSIONE” DI ASTI DA UTILIZZARE PER IL PERIODO DAL 13/09/2021 AL 28/02/2022

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione S.C Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera nr. 1345 del 13/09/2021 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 una graduatoria “aperta” di medici disponibili al conferimento di incarico a tempo determinato e di sostituzione presso il servizio di Continuità Assistenziale e l’Istituto penitenziario “Casa di Reclusione di Asti” da utilizzare per il periodo dal 01/09/2021 al 28/02/2022.

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).

Per la Casa di Reclusione di Asti verrà inoltre attribuito un punteggio a chi ha svolto una pregressa attività nell’ambito della sanità penitenziaria di 0,2 punti/mese fino a un massimo di 12 punti.

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.

Gli incarichi vengono assegnati scorrendo nell’ordine delle suddette sezioni e attribuiti per 24 ore settimanali; fanno eccezione gli incarichi assegnati ai medici di cui alla sezione E – medici iscritti a corsi di specializzazione, che avranno un massimale di 60 ore al mese.

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.

**I medici interessati potranno presentare domanda di partecipazione secondo il modello allegato, durante tutto il periodo interessato dal 13/09/2021 al 28/02/2022 e la graduatoria**

**verrà mensilmente elaborata con le domande pervenute entro il giorno 10 di ogni mese e potrà essere utilizzata mensilmente dall'Azienda per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione della durata massima annuale.**

Il presente bando verrà altresì pubblicato sul sito aziendale alla voce “Concorsi e Avvisi” e 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](mailto: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”.

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. 0141/484410-484455

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 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE A TEMPO DETERMINATO PRESSO IL SERVIZIO DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE E/O PRESSO L’ISTITUTO PENITENZIARIO “CASA DI RECLUSIONE” 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 “aperta” di medici disponibili al conferimento di incarico a tempo determinato e di sostituzione presso:

- Servizio di Continuità Assistenziale
- Casa di Reclusione di Asti

(barrare una o entrambe le caselle)

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 \_\_\_\_\_)

19. di aver/non aver svolto (\*)la seguente pregressa attività nell'ambito della Sanità Penitenziaria

Sede .....
Impegno orario sett.....
Dal..... al.....
dal..... al..... d
al..... al.....

Sede .....
Impegno orario sett.....
Dal..... al.....
Dal..... al.....
Dal..... al.....

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 ..... nr .....Località.....  
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/a .....prov.....il.....

residente a .....via .....

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.