

Azienda sanitaria locale 'AT'

Avviso pubblico per formazione graduatoria di disponibilità per conferimento incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale dell'A.S.L. AT.

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione SOC Attività Amministrative Territoriali n. 2 del 14/01/2014 è indetto avviso pubblico per la formazione della Graduatoria aziendale di disponibilità, ai sensi dell'art. 3 "Incarichi a tempo determinato" dell'A.I.R. per la continuità assistenziale di cui alla D.G.R. 37-5285 del 29/01/2013, cui attingere per il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisori/di sostituzione e/o reperibilità) presso il Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL AT – anno 2014 - al fine di garantire la copertura delle ore settimanali vacanti.

Ai sensi del citato art. 3 A.I.R. possono partecipare all'avviso le sottoindicate categorie di medici:

- a) Medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o equipollenti non presenti nella graduatoria regionale di settore,
- b) Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale,
- c) Medici non inclusi nelle categorie a,b,d,
- d) Medici frequentanti un corso di specializzazione.

All'interno di ogni sezione è data priorità ai medici residenti nell'ASL (10 punti) e nella Regione Piemonte (10 punti). A parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

La graduatoria sarà costituita dalle suddette 4 sezioni e gli incarichi verranno assegnati scorrendo nell'ordine le 4 sezioni sopraindicate.

La graduatoria ha validità annuale, salvo, in caso documentata carenza, anche semestrale.

Tutti gli incarichi sono attribuiti a 24 ore a settimana; fanno eccezione unicamente gli incarichi assegnati ai medici della sezione d) che avranno un massimale di 60 ore al mese.

Tutti gli incarichi hanno durata annuale e sono rinnovabili.

L'incarico si interrompe anticipatamente nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura delle ore vacanti.

Qualora, espletate le suddette procedure, si verificasse l'impossibilità di garantire la copertura del Servizio di Continuità Assistenziale, le ASL propongono ai medici delle sezioni a) e c) di estendere gli incarichi a 38 ore a settimana.

TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO.

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.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: TERMINI E MODALITA'

Gli interessati alla selezione sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice, secondo lo schema esemplificativo allegato al presente avviso, unitamente alla documentazione ritenuta necessaria per l'inserimento nella graduatoria di che trattasi o di dichiarazione sostitutiva di certificazione unitamente a copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità, al seguente indirizzo:

ASL AT – S.O.C. ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TERRITORIALI – Via Conte Verde nr. 125 – 14100 ASTI.

La domanda di partecipazione e la relativa documentazione non sono soggette all'imposta di bollo.

Il termine perentorio per la presentazione della domanda scade il quindicesimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione dell'avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

Eventuali domande pervenute fuori dal predetto termine non saranno prese in alcun modo in considerazione e, conseguentemente, per le domande recapitate a mezzo posta non rileverà il timbro postale di partenza.

Le domande inviate prima della suddetta pubblicazione non sono valide.

Le domande inviate dopo la scadenza del suddetto termine non sono valide.

Se la scadenza coincide con un giorno festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda deve, entro il termine di scadenza, essere:

a) consegnata direttamente all'Ufficio protocollo dell'ASL AT dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 15,00;

b) inviata a mezzo raccomandata A/R; in tale caso sono valide le domande pervenute dopo il termine indicato, purchè inviate entro il termine di scadenza: fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante;

c) inviata a mezzo posta elettronica certificata (PEC intestata all'istante) nel rispetto dell'art. 65 D. Lgs. nr. 82/05 al seguente indirizzo:

protocollo@pec.asl.at.it; in tale caso la data di spedizione è stabilita e comprovata dall'Ente ricevente. Non è valido l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzata alla PEC aziendale. Il file devono essere in formato .doc o .pdf o .txt.

L'A.S.L. declina ogni responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendenti da inesatte o non chiare indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva segnalazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Azienda.

L'Amministrazione procederà a verificare il requisito di ammissibilità dei candidati, comunicando per iscritto ai candidati non ammessi i motivi della loro esclusione.

Il candidato utilmente collocato in graduatoria, al momento del conferimento dell'incarico, dovrà dichiarare, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio, l'assenza di condizioni di incompatibilità di cui all'allegato L dell'ACN vigente per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

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

Ai sensi della legge n. 196 del 30.06.2003 (legge sulla privacy) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione verranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione.

DISPOSIZIONI FINALI

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.O.C. Attività Amministrative Territoriali, Via Conte Verde n. 125, Asti - Segreteria tel. 0141/484410-484416 dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,30 e dalle ore 14,00 alle ore 16,00 o via e-mail: sconti@asl.at.it oppure pvalpreda@asl.at.it

S.O.C Attività Amministrative Territoriali
Il Direttore
Gianfranco Masoero

Allegato

ASL AT
SOC ATTIVITA' AMM.VE TERRITORIALI
VIA CONTE VERDE, 125
14100 ASTI

*DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' –
ANNO 2014 – PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ASL AT*

l sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nat_ a _____ prov. _____ il _____

e residente in _____ prov _____

Via _____ n. _____ c.a.p. _____ Cod. fisc. _____

cell. _____ e-mail _____ ;

in riferimento all'avviso pubblicato presso il BURP nr del e presso
l'albo pretorio on-line dell'ASL AT in data _____

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria aziendale di disponibilità – anno 2014 - per il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisori/sostituzione e/o di reperibilità) presso il Servizio di Continuità Assistenziale di codesta Azienda secondo le condizioni dettate dal suddetto avviso pubblico.

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

e) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;

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

g) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data _____ a _____;

h) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici di _____ dal _____ al nr. _____;

i) di essere/non essere (*) in possesso dell'Attestato di formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____ presso _____;

j) di essere/non essere (*) in possesso di titolo equipollente dal _____;

k) di essere/non essere (*) iscritto al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale presso la sede di _____

con borsa di studio

senza borsa di studio

l) di essere/non essere(*) iscritto a scuola di specializzazione (specificare scuola e sede)

con contratto di formazione specialistica

senza contratto di formazione specialistica;

m) di aver/non aver (*) riportato condanne penali

(**)

n) 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 (**)

_____;

o) di essere/non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico

(**)

_____;

p) di aver/non aver(*) subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale

(**)

_____;

q) di aver/non aver subito provvedimenti di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego

(**)

_____;

r) di aver/non aver(*) situazioni di incompatibilità con l'incarico di cui al presente avviso, ai sensi dell'art. 17 del vigente ACN

(**)

_____;

s) 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 _____;

t) di svolgere/non svolgere attualmente la seguente attività _____ dal _____ al _____;

u) di avere /non avere altri rapporti con il SSN od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività _____ dal _____);

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) 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.

N.B:

d) Si allega fotocopia carta di identità in corso di validità,

e) La presente domanda deve essere integralmente compilata, pena di esclusione dalla graduatoria: l'omissione di una o più delle dichiarazioni sopra indicate, la non presentazione dell'Allegato L, 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 in relazione ai dati personali richiesti La informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono state acquisite

(*) 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
_____ tel. _____

Data _____ Firma _____