

Azienda sanitaria locale 'TO1'

Avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale di Medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di Continuità Assistenziale della Città di Torino - Anno 2015.

E' indetto avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale, con valenza annuale, di medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale della città di Torino, in caso di mancata o insufficiente disponibilità di medici inseriti nella graduatoria unica regionale – area continuità assistenziale di cui all'art. 15 dell'ACN del 29.07.2009.

I criteri utilizzati per redigere la graduatoria sono quelli di cui all'art. 3 dell'A.I.R. del 29/1/2013.

Possono presentare domanda:

- 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 e d;
- d) medici frequentanti un corso di specializzazione.

All'interno di ogni sezione è data priorità ai medici residenti nell'ASL TO1 e nell'ASL TO2 (10 punti) e nella Regione Piemonte (10 punti).

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

Gli incarichi verranno assegnati scorrendo nell'ordine le 4 sezioni sopraindicate.

Tutti gli incarichi saranno attribuiti a 24 ore a settimana, ad eccezione degli incarichi assegnati ai medici frequentanti un corso di specializzazione (sezione d), che avranno un massimale di 60 ore al mese.

Tutti gli incarichi avranno 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.

TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI INSERIMENTO:

La domanda di inserimento nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale della città di Torino, redatta in carta semplice secondo lo schema esemplificativo allegato, dovrà pervenire, **entro il quindicesimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione dell'avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte**:

➤ a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento all'ASLTO 1 S.C. Risorse Multiprofessionali – Via San Secondo 29 – 10128 Torino.

E' obbligatorio allegare un fotocopia del documento di identità in corso di validità.

➤ consegnata direttamente alla S.C. Risorse Multiprofessionali - III piano - nei seguenti orari:
dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle ore 13.30 alle ore 15.

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.

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 agli interessati.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Risorse Multiprofessionali dell'A.S.L.TO1 – Sig.ra Raso Tel. 011/5662361, e mail: rosaria.raso@aslto1.it.

Il Direttore Generale
Giovanna Briccarello

Allegato

All'ASL TO1
S.C. Risorse Multiprofessionali
Via San Secondo 29
101028 TORINO (TO)

Domanda di inserimento nella graduatoria aziendale di medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale della città di Torino

Il sottoscritto dott. (Cognome) (Nome)
Nato a prov.il
Codice fiscale.....
M F
Residente a prov.
Via/P.zza..... n. CAP
.....
Tel. Fisso cell. e-mail

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria aziendale di medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale della città di Torino, di cui all'avviso pubblicato sul BURP n. 5 del 05.02.2015;

A tal fine dichiara quanto segue:

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di in data riportando il seguente voto
2. di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....
3. essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei medici di dal al n.
4. di non essere iscritto nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva per la Medicina Generale – Area Continuità Assistenziale valida per l'anno in corso;
5. di essere /non essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o Titolo Equipollente conseguito in data
6. di essere /non essere iscritto al corso di Formazione specifica in Medicina Generale Triennale (specificare anno di frequenza) Presso
7. di essere /non essere iscritto al Corso di specializzazione in:..... presso
8. di svolgere / non svolgere la seguente attività sanitaria:
Organismo.....
Via Comune di Tipo di attività
- Tipo di rapporto di lavoro ore settimanali Periodo: dal
9. di voler ricevere le comunicazioni relative al presente avviso al seguente recapito:
DOMICILIO
E-MAIL:
CELLULARE / TELEFONO:

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi, dichiara, ai sensi del DPR 28.12.2000, n. 445, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data..... Firma

Il sottoscritto dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che 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.

Data..... Firma

Allega alla presente copia documento di identità