

Azienda sanitaria locale 'TO5'

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO IN QUALITA' DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE PRESSO LE SEDI DEA/PS DELL'AZIENDA

E' indetto avviso pubblico per conferimento di incarico a tempo determinato per attività di medico di medicina generale presso le sedi DEA/PS dell'Azienda. Possono presentare istanza di partecipazione all'incarico di cui si tratta:

1. medici convenzionati titolari per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 650, indicando il numero delle scelte e anzianità del rapporto convenzionale;
2. Medici convenzionati titolari per la continuità assistenziale indicando il numero delle ore di attività e l'anzianità di incarico;

In caso di mancata partecipazione al presente avviso di medici di cui ai punti 1 e 2, verranno valutate in subordine secondo l'ordine sottoindicato le domande inoltrate:

- a. da medici inseriti nella graduatoria regionale dei medici di medicina generale valida per l'anno 2017;
- b. da medici non inseriti nella graduatoria di cui al punto a) ma in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;
- c. da medici che dimostrino di aver già svolto attività di medico di medicina generale presso sedi DEA.

Tale attività non può essere espletata dal sanitario che intrattiene con l'ASLTO5 il rapporto convenzionale in qualità di medico di assistenza primaria o di continuità assistenziale che si trovi in situazioni di incompatibilità.

Gli interessati sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso redatta in carta semplice secondo lo schema esemplificativo allegato, corredata unitamente alla copia di un documento d'identità in corso di validità

all' A.S.LTO5 Ufficio Protocollo – P.zza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) oppure tramite Pec personale all'indirizzo di Pec Aziendale: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it entro e non oltre il **ventesimo giorno** dalla data della pubblicazione del presente avviso sul B.U.R.P..

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

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Amm.ne del Personale dell'A.S.L.TO5,

Tel. 011/6930.319 -320.

Il Direttore Generale
(dott. Massimo UBERTI)

Domanda : Avviso Pubblico Conferimento Incarico a Tempo Determinato per Attività di medico di medicina generale presso le sedi DEA/PS dell'Azienda BURP N. DEL

Il sottoscritto dott. (Cognome) Nome

Nato a prov.il

Codice fiscale..... M F

Residente a prov. Via/Pzza..... n.

CAP Tel. Fisso cell. e-mail

PEC (obbligatoria)

CHIEDE

di partecipare al Conferimento di Incarico a T.D. per Attività di Medico di MMG presso la sede DEA/PS dell'Azienda

PERTANTO DICHIARA

sotto la propria responsabilità, essendo consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 d.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazione mendaci:

di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data Voto di laurea

Abilitato all'esercizio professionale in data di essere iscritto all'Ordine Dei Medici Chirurghi di

..... data n.;

di essere/non essere Titolare di incarico di assistenza primaria presso.....

dal con numero di scelte inferiori a 650 n. scelte alla data.....;

di essere medico convenzionato per la continuità assistenziale con incarico a tempo determinato/ tempo indeterminato

presso dal n. ore attività

presso dal n. ore attività

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di cui all'art. 15 dell'ACN 29/7/2009 valida per l'anno 2017 con punti

...;

di aver prestato servizio/ o prestare in qualità di medico MMG presso il DEA del P.O. (Codici Bianchi)

pressodal al

pressodal al

Ai sensi e per gli effetti dell'A.C.N. vigente, dichiara di svolgere/non svolgere le seguenti attività alla data odierna:
(segnalare ogni tipo di attività svolta a qualsiasi titolo)

.....
.....

Data _____

Firma

-
1. cancellare la parte che non interessa
 2. L'ASL TO5 si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nelle sanzioni previste dalla legge e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle stesse.
 3. Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03: 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.
 4. Allegare copia documento d'identità in corso di validità.