

Azienda sanitaria locale 'VCO'

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO CON VALIDITA' PER L'ANNO 2017

In esecuzione della determinazione n. 444 del 02/05/2017 è indetto avviso pubblico per la formazione di graduatoria valida per l'anno 2017 da utilizzarsi per:

- a) il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale, ai sensi dell'art. 70 ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e s.m.i.

La graduatoria sarà utilizzata esclusivamente per il conferimento di incarichi provvisori conseguenti al verificarsi di posti carenti ovvero ore vacanti, tenuto conto delle linee di indirizzo Regione Piemonte n. 25804/DB 2016 del 12/11/2013, n. 28888/DB 20.16 del 30/12/2013, n. 3323 A/14050 del 18/02/2015.

I medici interessati potranno inviare apposita domanda dichiarando ovvero allegando, nei casi previsti, il possesso dei requisiti specifici.

Le domande di partecipazione dovranno pervenire entro le ore 12.00 del 30° giorno successivo alla data di pubblicazione sul B.U.R. e dovranno essere indirizzate all'Azienda Sanitaria Locale VCO, Ufficio Protocollo via Mazzini n. 117 – 28887 Omegna. Potranno essere trasmesse anche tramite posta elettronica certificata (P.E.C.) all'indirizzo protocollo@pec.aslvco.it

In questo caso, i documenti per i quali sia prevista la sottoscrizione in forma cartacea, dovranno, a loro volta, essere sottoscritti dal candidato con la propria firma digitale. I documenti informatici privi di firma digitale saranno considerati come non sottoscritti. Dovranno essere utilizzati formati statici e non direttamente modificabili, preferibilmente pdf. La ricevuta di ritorno sarà inviata automaticamente dal gestore PEC.

Le domande che perverranno oltre il termine suddetto non saranno tenute in considerazione.

L'ASL VCO declina responsabilità per qualsiasi ritardo, mancato arrivo, disguidi dovuti a problemi postali e/o informatici.

Gli incarichi saranno conferiti all'atto delle necessità attingendo dalla graduatoria e secondo l'ordine di posizione della stessa.

Nella domanda, redatta in carta libera, gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità i dati e le informazioni contenute nel modello di domanda, allegato 1) al presente avviso.

Le autocertificazioni e le dichiarazioni dovranno essere rese, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i., su foglio o su modulo distinto da quelli della domanda.

La mancata partecipazione all'avviso degli iscritti alla graduatoria regionale vigente verrà considerata come rinuncia (art. 70 comma 7 A.C.N. Medicina Generale). La graduatoria sarà redatta secondo i contenuti del presente avviso e nel rispetto dei criteri previsti dal vigente Accordo Collettivo Nazionale, dal vigente Accordo Integrativo Regionale nonché da quelli indicati nel vigente Accordo Aziendale approvato con Determinazione n. 1209 del 11/11/2013. Ai sensi della Legge n. 196 del 30/06/2003 (Legge sulla privacy) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione saranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione.

Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla sede operativa di Verbania S. Anna – tel. 0323/541486 – 0323/541443.

L'ASL VCO si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare o modificare il presente bando o parte di esso, nonché di non utilizzare la graduatoria a suo insindacabile giudizio se ne rilevasse l'opportunità o la necessità.

IL DIRETTORE SOC DISTRETTO UNICO VCO
(Dott. Bartolomeo Ficili)

FAC SIMILE DOMANDA
AL DIRETTORE GENERALE
A.S.L. V.C.O.
Via Mazzini 117
28887 OMEGNA VB

il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, con riferimento all'Avviso Pubblico apparso sul B.U.R. Piemonte n. _____ del _____ rivolge domanda di ammissione ai fini dell'inserimento nella relativa graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato per : sostituzione e reperibilità nel Servizio di Continuità Assistenziale, ai sensi dell'art. 70 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e s.m.i. A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445: (nei casi negativi barrare azzerando nello spazio dedicato per la risposta)

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di essere residente a _____ in via _____ n. _____;
- 3) di essere iscritto/a nella graduatoria regionale definitiva medici di continuità assistenziale valida per l'anno in corso alla posizione n. _____ con punti _____;
- 4) di aver conseguito in data _____ la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ riportando il seguente voto _____;
- 5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo il _____;
- 6) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n. _____;
- 7) di aver conseguito, in data _____ l'attestato di formazione in medicina generale presso l'Università degli Studi di _____;
- 8) di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 9) di essere iscritto/a al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 10) di essere/non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente o convenzionato con _____ dal _____;
- 11) di prestare servizio presso: _____;
- 12) di essere titolare di incarico di assistenza primaria con massimale di n. _____ scelte in carico con riferimento al mese di Dicembre 2016 e di non svolgere altre attività che comportino riduzione del massimale;
- 13) di essere titolare di incarico di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale senza altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale per n. _____ ore settimanali;
- 14) di essere titolare di incarico di assistenza primaria o di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale dal _____ (indicare giorno, mese ed anno);
- 15) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni (escluse quelle in ambito pediatrico): _____;
- 16) di non trovarsi nella posizione di incompatibilità di cui all'art. 17 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- 17) di indicare come recapito telefonico il n. _____ e di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo: Comune _____ via/piazza _____ n. _____ email _____;

Distinti saluti.

Data _____ Firma _____