

Azienda sanitaria locale 'CN2'

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI APPOSITE GRADUATORIE DI DISPONIBILITA' DA UTILIZZARSI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E NEL SERVIZIO DIURNO DI GUARDIA MEDICA H12 PRESSO LA CASA DI RECLUSIONE "G. MONTALTO" DI ALBA.

In esecuzione alla determinazione n. 623 del 28/06/2017 è indetto avviso pubblico, ai sensi dell'art. 3 dell'A.I.R. 29/01/2013, per la formazione di due graduatorie di disponibilità per il **"CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E NEL SERVIZIO DIURNO DI GUARDIA MEDICA H12 PRESSO LA CASA DI RECLUSIONE "G. MONTALTO" DI ALBA"**.

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.

Le graduatorie di disponibilità verranno stilate con i criteri stabiliti dall'art. 3 dell'A.I.R., di cui alla determinazione n. 1298 del 20/11/2013, pubblicata sul sito aziendale.

Gli interessati dovranno essere in possesso della patente di guida di cat. B e dovranno far pervenire domanda, redatta in carta semplice secondo lo schema di domanda allegato, entro e non oltre il 31/07/2017, all'A.S.L. CN2, Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN).

La domanda deve riportare obbligatoriamente il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) e può essere:

consegnata direttamente all'Ufficio Protocollo dell'ASL CN2 in Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN)

inviata per posta raccomandata RR al suddetto indirizzo

inviata per via telematica all'indirizzo di p.e.c. aslcn2@legalmail.it dall'autore mediante la propria casella di posta elettronica certificata.

Deve essere utilizzato esclusivamente il formato pdf. E' obbligatorio allegare fotocopia di un documento d'identità dell'aspirante interessato in corso di validità.

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.

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 sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi ai seguenti recapiti telefonici: 0173/316918/35 oppure 0172/420420.

IL DIRETTORE S.C. AMM.NE DEL PERSONALE E
SVILUPPO RISORSE UMANE
Franco CANE

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA PER C.A.

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2
Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritt Dott.chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul B.U.R.P. n. del per la formazione di apposita graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- b) di essere residente in Regione Piemonte dal _____ nel Comune di _____ Prov. _____ Via _____ dal _____
- c) tel. _____ indirizzo di posta elettronica _____;
- d) di essere in possesso della patente di cat. B n. _____ valida fino al _____
- e) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici della prov. di _____ al n. _____;
- f) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data _____ con il seguente punteggio _____;
- g) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale o titolo equipollente come previsto dai DD.LL.vi n.256/91, 368/99 e 277/03;
- h) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale;
- i) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione;
- l) di aver prestato servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2 o presso la Casa di Reclusione di Alba a decorrere dal _____ fino al _____
- m) che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) obbligatoria al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente: _____

Il/la sottoscritt ,ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.

Data _____

Firma _____

N.B.: Allegare alla presente copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA PER CASA RECLUSIONE
ALBA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2
Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritt Dott.chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul B.U.R.P. n. del per la formazione di apposita graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio integrativo di assistenza sanitaria c/o la Casa di Reclusione "G. Montalto" di Alba.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- b) di essere residente in Regione Piemonte dal _____ nel Comune di _____ Prov. _____ Via _____ dal _____
- c) tel. _____ indirizzo di posta elettronica _____;
- d) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici della prov. di _____ al n. _____;
- e) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data _____ con il seguente punteggio _____;
- f) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale o titolo equipollente come previsto dai DD.LL.vi n.256/91, 368/99 e 277/03;
- g) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale;
- h) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione;
- i) di aver prestato servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2 o presso la Casa di Reclusione di Alba a decorrere dal _____ fino al _____
- l) che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) obbligatoria al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente: _____

Il/la sottoscritt ,ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.

Data _____

Firma _____

N.B.: Allegare alla presente copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità

Il presente allegato è da utilizzare nel caso in cui non vengano prodotti documenti originali o autenticati ai sensi di legge, per quanto riguarda gli stati, fatti e qualità personali.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

DICHIARA

ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000

- di essere residente in Piemonte dal _____ nel Comune di _____ prov. _____
Via _____ dal _____
 - di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ c/o l'Università di _____ con il seguente punteggio _____;
 - di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____;
 - di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale conseguito il _____ c/o l'Università di _____, o del titolo equipollente di cui al D.L.vo 08/08/1991, n. 256, 17/08/1999 n. 368 e 08/07/2003 n. 277;
 - di aver prestato servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2 o presso la Casa di Reclusione di Alba a decorrere dal _____ fino al _____
- Allega copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso

N.B.: Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alle predette dichiarazioni una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati oggetto delle dichiarazioni.