

Azienda sanitaria locale 'TO5'

**Avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria utile per conferimenti incarichi a tempo determinato per attività di medico di medicina generale presso le sedi DEA/PS dell'Azienda ASLTO5 ai sensi della DGR n. 60-8114 del 14/12/2018.**

E' indetto avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria di disponibilità da utilizzare per conferimento di incarico a tempo determinato, per un massimo di 12 mesi eventualmente rinnovabili, per attività di medico di medicina generale presso le sedi DEA/PS dell'Azienda per un massimo di 12 ore settimanali; Ai sensi della D.G.R. n. 60-8114 del 14/12/2018.

Possono presentare istanza di partecipazione all'incarico di cui si tratta:

- A) Medici di medicina generale, che non intrattengono altra forma di convenzione con il SSN, già inserito in graduatoria regionale della medicina generale;
- B) Medici di medicina generale, che non intrattengono altra forma di convenzione con il SSN, non inseriti in graduatoria regionale della medicina generale, in possesso del titolo di formazione in medicina generale o titolo equipollente;
- C) Medici che esercitano attività con il SSN
- Medici che esercitano solo attività di assistenza primaria fino a 1200 scelte
  - Medici che esercitano solo attività di Continuità Assistenziale fino a 24 ore settimanali
  - Medici che esercitano attività di assistenza primaria e continuità assistenziale a doppio ruolo (assistenza primaria fino a 350 scelte e continuità assistenziale a 24 ore settimanali)
- D) Medici che esercitano:
- solo attività di assistenza primaria oltre 1200 scelte e fino a 1500 scelte
  - solo di continuità assistenziale con massimo 38 ore settimanali
  - solo medici di medicina generale convenzionati di Emergenza Sanitaria Territoriale a 38 ore settimanali .

Per ogni fascia vengono conferiti 10 punti ai medici residenti in Regione Piemonte e 0,1 punti per ogni mese di anzianità di servizio presso i DEA/PS della Regione Piemonte. In caso di parimerito prevale il medico con minore età alla laurea ed in subordine con maggior voto di laurea.

I medici interessati dovranno presentare domanda in bollo da € 16,00, **utilizzando il fac- simile allegato**, entro e non oltre il **quindicesimo giorno** dalla data della pubblicazione del presente avviso sul B.U.R.P..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

**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. Affari Generali e Personale dell'A.S.L.TO5,  
Tel. 011/6930.319 -320.

Il Direttore Generale  
dott. Massimo UBERTI)

Allegato

ASL TO5  
Ufficio Protocollo  
P.zza Silvio Pellico 1  
10023 Chieri (TO)

MARCA DA BOLLO € 16,00

PEC: [protocollo@cert.aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it)

**Domanda** : Avviso Pubblico Conferimento Incarico a Tempo Determinato per Attività di medico di medicina generale presso le sedi DEA/PS dell'Azienda, ai sensi del DGR n. 60-8114 del 14/12/2018  
Pubblicato sul 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 inserito nella Graduatoria Regionale della medicina generale di cui all'art. 15 dell'ACN 29/7/2009 valida alla data di pubblicazione con punti .....;

Di essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o Titolo equipollente conseguito in data .....

di essere medico convenzionato di assistenza primaria presso..... dal ..... con numero di scelte n. .... alla data.....;

di essere medico convenzionato per la continuità assistenziale con incarico a tempo indeterminato presso ..... dal ..... n. ore attività .....

di essere medico convenzionato per la continuità assistenziale con incarico a tempo determinato presso ..... dal ..... n. ore attività .....

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

presso .....dal ..... al .....

presso .....dal ..... al .....

presso .....dal ..... al .....

presso .....dal ..... al .....

Ai sensi e per gli effetti dell'A.C.N. vigente, dichiara di 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. le date devono essere indicate giorno-mese- anno al fine di una corretta valutazione
  3. 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.
  4. 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.
  5. Allegare copia documento d'identità in corso di validità.