

REGIONE PIEMONTE BU49 03/12/2020

Azienda sanitaria locale Citta' di Torino

**Avviso finalizzato all'affidamento di un incarico provvisorio di Medico pediatra di libera scelta da attivarsi nell'ambito del Distretto Nord – Ovest dell' A.S.L. Città di Torino (zona San Donato – Campidoglio - Parella – Borgo Vittoria – Madonna di Campagna – Barriera di Lanzo – Lucento – Vallette) con decorrenza dal 02/01/2021.**

Allegato

**Avviso finalizzato all'affidamento di un incarico provvisorio di Medico pediatra di libera scelta da attivarsi nell'ambito del Distretto Nord – Ovest dell' A.S.L. Città di Torino (zona San Donato – Campidoglio - Parella – Borgo Vittoria – Madonna di Campagna – Barriera di Lanzo – Lucento – Vallette) con decorrenza dal 02/01/2021.**

Si richiede, ai sensi dell'art. 37 dell'A.C.N. 29/07/2009, la disponibilità ad assumere un incarico provvisorio di Medico pediatra di libera scelta nell'ambito del Distretto Nord – Ovest dell'A.S.L. Città di Torino (zona San Donato – Campidoglio - Parella – Borgo Vittoria – Madonna di Campagna – Barriera di Lanzo – Lucento – Vallette) con decorrenza dal 02/01/2021.

Tale incarico si svolgerà nel periodo dal 02/01/2021 sino alla data di inserimento del Pediatra titolare avente diritto all'incarico e, comunque, non oltre il 31/12//2021.

#### REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i Medici pediatri iscritti all'albo professionale, secondo il seguente ordine di priorità:

- Pediatri inseriti nella graduatoria regionale del Piemonte della Pediatria di Libera Scelta valida per l'anno 2020 secondo l'ordine di punteggio, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente;
- Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, graduati nell'ordine di anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente.

In applicazione dell'art. 2-quinquies, comma 4 del D.L. 17.03.2020 n.18 convertito in Legge 24.04.2020 n. 27, per la durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, i Medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, possono assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Il periodo di attività, svolto dai medici specializzandi esclusivamente durante lo stato di emergenza, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione

#### PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di partecipazione, redatta utilizzando l'allegato modulo, completa in ogni sua parte e provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (Euro 16,00) deve pervenire entro e non oltre le ore 12.00 del 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso e precisamente entro le ore 12.00 del 18 dicembre 2020, unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità, al seguente indirizzo di posta certificata (PEC) aziendale, esclusivamente in formato PDF: [personale.convenzionato@pec.aslcittaditorino.it](mailto:personale.convenzionato@pec.aslcittaditorino.it), con il seguente oggetto: "Partecipazione all'avviso pubblico per l'affidamento di un incarico provvisorio di Medico pediatra di libera scelta".

La validità di tale invio è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di una casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata di altro soggetto o da casella di posta elettronica semplice, anche se verso la PEC aziendale.

I dati personali trasmessi dai concorrenti con le domande di partecipazione all'avviso saranno trattati per le finalità di gestione della procedura selettiva nel rispetto della normativa sulla riservatezza.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Amministrazione del Personale e Legale - Settore Convenzioni Nazionali Uniche – Sig.ra Raso Tel. 011/5662361, email: [rosaria.raso@aslcittaditorino.it](mailto:rosaria.raso@aslcittaditorino.it)

Il Direttore  
S.C. Amministrazione del Personale e Legale  
Dott.ssa Simonetta PAGANO  
(firmato in originale)



ASL Città di Torino  
S.C. Amministrazione del Personale e Legale  
Settore Convenzioni Nazionali Uniche  
Via San Secondo 29  
10128 Torino (TO)

**DISPONIBILITA' ALL'AFFIDAMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI MEDICO  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA DA ATTIVARSI NELL'AMBITO DEL DISTRETTO  
NORD - OVEST DELL'ASL CITTA' DI TORINO**

Il sottoscritto (Cognome) ..... (Nome) .....

Nato il ..... a ..... Prov. ....

Codice fiscale..... **M** **F**

Residente a ..... Prov. ....

Via/P.zza..... n. .... CAP .....

Cellulare .....

e-mail .....

PEC .....

In riferimento all' Avviso pubblicato sul B.U.R.P. n. .... del .....

**Presenta domanda per l'affidamento di un incarico provvisorio di Medico pediatra di libera scelta da attivarsi nell'ambito del distretto NORD-OVEST dell' ASL Città di Torino, ai sensi dell'art. 37 dell'ACN 2/07/2009.**

A tal fine dichiara:

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di .....in data ..... riportando il seguente voto .....
2. di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio della professione di medico chirurgo in data ..... a..... ;

3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di ..... con n. .... e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;

4. di aver conseguito la specializzazione in pediatria in data ..... a....., con voto .....

5. di essere iscritto al corso di specializzazione in Pediatria a..... dal ..... all'anno di specializzazione .....

6. di essere/non essere inserito nella graduatoria Regionale del Piemonte valida per l'anno 2020 della Pediatria di Libera Scelta, con punteggio.....;

7. di non avere/avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (*in caso affermativo, specificare quali e in caso negativo dichiararne espressamente l'assenza*)  
.....

8. di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN);

9. di svolgere / non svolgere la seguente attività sanitaria:

Organismo.....

Via.....Comune di .....Tipo di attività .....

Tipo di rapporto di lavoro ..... ore settimanali ..... Periodo: dal.....

Dichiara altresì:

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:  
data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e ora di emissione \_\_:\_\_; identificativo n. \_\_\_\_\_,
2. di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
3. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'amministrazione.

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 .....

**Allega alla presente copia di documento di identità in corso di validità.**

## **Informativa sul trattamento dati forniti con la domanda**

(ai sensi dell'art. 2-ter e 2- sexies del D.lgs. 196/2003 e s.m.i. e dell'art. 13 del Regolamento Europeo N. 2016/679 del 27.4.2016)

### **1. Finalità del trattamento**

I dati personali verranno trattati dall'Azienda Sanitaria Locale Città di Torino per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.

### **2. Natura del conferimento**

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

### **3. Modalità del trattamento**

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in forma aggregata per le statistiche riguardanti il servizio.

### **4. Durata del trattamento**

I dati saranno conservati per il tempo necessario previsto dalle vigenti norme di legge e regolamentari.

### **5. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Incaricati**

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (es. servizi tecnici). I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge che lo preveda.

### **6. Diritti dell'interessato**

L'interessato può esercitare, con le limitazioni previste dall'art. 23, e nel rispetto della normativa vigente, i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679 (diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione del trattamento, diritto connesso all'obbligo del titolare di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazioni di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione, diritto connesso con processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.)

### **7. L'Azienda, sulla base di suddetti dati così conferiti, non effettua profilazione degli utenti e non trasferisce dati al di fuori dell'Unione Europea.**

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino", con sede legale in Via San Secondo 29- 10128 Torino.

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD o DPO) è: Dr. Avv. Stefano COMELLINI – email: comellini@comellini.it.

Al titolare ed al RPD, l'interessato potrà rivolgersi per far valere i propri diritti come previsto dall'art. 12 del Regolamento europeo n. 2016/679 attraverso l'invio di una richiesta ad uno dei seguenti indirizzi: protocollo@pec.aslcittaditorino.it, urp@aslcittaditorino.it.

Il sottoscritto autorizza, ai sensi della normativa vigente in materia, il trattamento dei dati personali conferiti per le finalità inerenti la presente domanda.

FIRMA Il richiedente

---