

Azienda sanitaria locale 'AT'

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO DI ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA PRESSO L'ISTITUTO PENITENZIARIO "CASA DI RECLUSIONE" DI QUARTO D'ASTI, AI SENSI DELL'ART 72 ACN MMG 28/04/2022

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione S.C Distretto ASL AT n 1601 del 2/11/2023, ai sensi dell'art. 72 ACN MMG 28/04/2022, è indetto avviso pubblico per l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato di Assistenza Sanitaria Penitenziaria presso l'Istituto penitenziario "Casa di Reclusione" di Quarto d'Asti.

Ai sensi dell'art. 73 ACN MMG 2022 gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti presso una sola Azienda per 24 ore settimanali fino ad un massimo di 38 e comportano, in caso di orario a tempo pieno, l'esclusività del rapporto.

Gli incarichi saranno attribuiti con i criteri e le priorità di seguito esposte.

MEDICI TITOLATI ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E RELATIVA GRADUAZIONE.

Possono presentare domanda per il conferimento dei suddetti incarichi le seguenti categorie di medici, così come dettato dal citato art. 72 ACN MMG 28/04/2022 e precisamente:

a) Medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno 1 anno.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I suddetti medici possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento e sono graduati in base alla anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.

In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

b) Medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

I suddetti medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 19,
- punti 5 ai medici che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

c) Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 2.

I medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, dando priorità ai residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

d) Medici di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.

I medici sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al

conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, dando priorità ai residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

e) Medici di cui all'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;

I medici sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, dando priorità ai residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE.

I medici interessati dovranno presentare domanda, in bollo, utilizzando il fac-simile allegato, inderogabilmente entro il 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, al seguente indirizzo:

protocollo@pec.asl.at.it

La domanda, indirizzata all'Azienda Sanitaria Locale di Asti – Direttore della S.C. Distretto, dovrà essere inviata esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC intestata all'istante) nel rispetto dell'art. 65 D. Lgs. nr. 82/05, avendo cura di allegare copia di un documento di identità in corso di validità.

La validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del medico di una casella di posta elettronica certificata e personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice anche se indirizzata alla PEC aziendale.

Le domande dovranno essere in bollo e integrate con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze presentate tramite PEC".

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a fotocopia di valido documento di identità.

ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI

Al termine della scadenza per la presentazione delle domande l'Azienda provvederà a predisporre la graduatoria che sarà pubblicata sul sito aziendale dell'ASL AT alla voce "Concorsi e Selezioni".

Successivamente si procederà al conferimento degli incarichi, a tempo indeterminato o "temporanei" per i medici di cui alle lettere d) ed e) sino al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, convocando i medici secondo l'ordine di precedenza e con le priorità di interpello specificate nel presente avviso. Ogni comunicazione ai candidati sarà effettuata mediante posta elettronica certificata.

Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento di assegnazione dell'incarico.

Lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'A.C.N. MMG vigente per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente Avviso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Ai sensi della legge n.196 del 30.06.2023 (legge sulla privacy) i dati personali indicati nella domanda verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura di selezione disciplinata dal presente Avviso.

Per ogni ulteriore informazione gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Distretto ASL AT, tel. 0141/484410-484425

IL DIRETTORE

S.C. DISTRETTO ASL AT
Dott.ssa Elena TAMIETTI
(f.to in originale)

Marca da bollo €16	SPETT.LE ASL AT S.C. DISTRETTO ASL AT protocollo@pec.asl.at.it
--------------------	--

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA PRESSO L'ISTITUTO PENITENZIARIO "CASA DI RECLUSIONE" DI QUARTO D'ASTI, AI SENSI DELL'ART 72 ACN MMG 28/04/2022

l sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nat_ a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ prov _____ Via _____

_____ n. _____ c.a.p. _____ dal _____

Cod. fisc. _____

domiciliato in _____ prov _____ Via _____

nr. _____ c.a.p. _____

cell. _____

e-mail _____

PEC _____

in riferimento all'avviso pubblicato sul BURP nr..... del

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria presso la "Casa di Reclusione" di Quarto d'Asti, ai sensi dell'art 72 ACN MMG 2022, di n.24 ore settimanali, incrementabili fino ad un massimo di 38 ore in caso di esclusività del rapporto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n.445, il sottoscritto, ai sensi degli art. 46 e 47 del citato D.P.R n. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
- di avere compiuto, alla data del conseguimento del Diploma di Laurea, n. _____ anni di età;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ dal _____ al nr. _____;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria, da almeno 1 anno, presso l'ASL _____ dal _____;
- di essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso _____ con punteggio _____;

- di essere in possesso dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (autocertificandone il possesso) e precisamente in data _____ presso la Regione _____;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 dal _____
Annualità di frequenza del corso : terza -seconda -prima;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Piemonte ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60 dal _____
Annualità di frequenza del corso : terza -seconda -prima;
- di aver/non aver riportato condanne penali;
- di essere/non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico;
- di svolgere/non svolgere attualmente la seguente attività

E' consapevole che all'atto della assegnazione dell'incarico non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità con l'incarico di cui al presente avviso, ai sensi dell'art. 21 del vigente ACN MMG 2022

Note

.....

Il sottoscritto si impegna a comunicare, entro 10 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

Il sottoscritto si impegna, ove richiesto, a presentare la documentazione probatoria dei titoli e servizi dichiarati

Data _____

Firma _____

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità

N.B:

- Si allega fotocopia carta di identità in corso di validità.
- La presente domanda deve essere integralmente compilata, pena di esclusione dalla graduatoria: l'omissione di una o più delle dichiarazioni sopra indicate, così come la presentazione

della domanda di partecipazione senza firma di sottoscrizione, comporterà l'esclusione dalla graduatoria.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i e del Regolamento UE2016/679 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.

L'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:

Via.....nr
Località.....
Prov.....CAP..... cellulare
.....
PEC

Data _____ Firma _____

L'A.S.L. AT si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nella decadenza dei benefici conseguiti .

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 445 /2000)

Il/la sottoscritto/a
Cognome nome
nato/a prov il.....
residente a via

DICHIARA

1. Di aver assolto al pagamento dell'imposta con la marca da bollo di euro 16,00 avente il seguente codice identificativo _____;
2. Di aver provveduto ad annullare tale marca da bollo ed impegnarsi a conservare l'originale contestualmente alla predetta domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.
3. di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità (art. 38 del D.P.R. 445/00) Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i del Regolamento UE 2016/679 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.