

REGIONE PIEMONTE BU7 15/02/2024

Azienda sanitaria locale 'AT'

**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE DI
DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI
SOSTITUZIONE NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI
SCELTA PRESSO L'ASL AT DI ASTI- ANNO 2024**

Documento allegato

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA PRESSO L'ASL AT DI ASTI- ANNO 2024

E' indetto avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta presso l'ASL AT di Asti per l'anno 2024.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Possono presentare domanda per il conferimento dei suddetti incarichi le seguenti categorie di medici, così come dettato dall'art. 19 comma 6 dell'ACN MMG 28/04/2022:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale vigente secondo l'ordine di punteggio (rif. D.D. n.1777 del 13.11.23 pubblicata sul BURP n. 46 del 16/11/2023),
- b) 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,
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994, in applicazione dell'art 4, comma 2, del D.L. n.215 del 30/12/2023.

Ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L.28 dicembre 2001 n.448, per il solo affidamento di sostituzione:

- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994,
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici di cui alla lettera c) saranno graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) e, successivamente secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, nell'ASL AT, in seguito nella Regione Piemonte e infine fuori Regione.

I medici di cui alle lettere b),d) ed e) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

MODALITA' E TERMINI DI 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 (€16), dovrà pervenire entro e non oltre il 30° giorno decorrente dal giorno successivo a quello della pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità, al seguente indirizzo di posta certificata aziendale (PEC):

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 e integrata con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze presentate tramite PEC".

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.

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

Si specifica che:

- eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell' assegnazione dell'incarico;
- l'incarico si interrompe anticipatamente nel caso in cui venga inserito il medico titolare di incarico a tempo indeterminato;
- lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti;
- la rinuncia alla singola chiamata non comporta la decadenza dalla graduatoria;
- ad ogni chiamata la convocazione avverrà secondo l'ordine della graduatoria originaria;
- l'Azienda si riserva la facoltà di emettere nuovo bando per l'aggiornamento della graduatoria qualora ne ravvisi la necessità.

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

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

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

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA PRESSO L'ASL AT DI ASTI- ANNO 2024

I sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nat_ a _____ prov. _____ il _____ e

residente in _____ prov _____ Via _____

_____ n. _____ c.a.p. _____

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 essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità anno 2024 per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta presso l'ASL AT di Asti

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

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____ ;

2. di avere compiuto, alla data del conseguimento del Diploma di Laurea, n. _____ anni di età;
3. di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo in data _____ a _____;
4. di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ dal _____ al nr. _____
5. di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno __2024__ al n _____ con punteggio _____;
6. di avere/non avere acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e precisamente in data _____ presso la Regione _____;
7. di essere iscritto/non iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale della Regione _____ dal _____ anno di frequenza _____
ai sensi del D.L. 135/2018 convertito con L.12/2019 oppure ai sensi del D.L. 35/2019 convertito con L.60/2019
8. di essere/non essere in possesso di titolo equipollente;
9. di aver/non aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
10. di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione in _____ presso l'Università di _____ dal _____
11. di aver/non aver riportato condanne penali;
**) _____;
12. di non essere/essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
(**) _____;
13. di essere/non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico
(**) _____;
14. di aver/non aver(*) subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale
(**) _____;

15. di aver/non aver subito provvedimenti di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego

(**) _____;

16. di aver/non aver(*) situazioni di incompatibilità con l'incarico di cui al presente avviso, ai sensi dell'art. 17 del vigente ACN

(**) _____;

17. di svolgere/non svolgere attualmente la seguente attività _____ dal _____ al _____;

18. di avere /non avere altri rapporti con il SSN od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività dal _____ dal _____)

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..... TEL.....
PEC

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 445 /2000)

Il/la sottoscritto/a

Cognome nome

nato/aprov.....il.....

residente avia

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 sul cartaceo della domanda e ad impegnarsi a conservare l'originale contestualmente alla domanda per l'inserimento nella presente graduatoria 2024, per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

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 in base alle stesse e sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00.

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 smi 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.