

Azienda sanitaria locale 'CN2'

**Avviso pubblico per il conferimento di incarico a tempo determinato per attività territoriali programmate.**

Possono presentare istanza di partecipazione:

- 1) medici convenzionati per l'assistenza primaria con numero di scelte inferiori a 400, indicando il numero di scelte;
- 2) medici convenzionati per la continuità assistenziale, indicando il numero delle ore e l'anzianità d'incarico
- 3) medici della medicina dei servizi, indicando il numero di ore di incarico;
- 4) medici inseriti nella graduatoria regionale valida alla data di pubblicazione del presente bando, di cui all'art. 15 dell'A.C.N. vigente

In caso di mancata partecipazione al presente avviso di medici di cui ai punti precedenti verranno in subordine valutate le domande di medici anche non iscritti in graduatoria, i quali dovranno autocertificare eventuali titolarità di rapporti di lavoro dipendente pubblico o privato o di borse di studio anche inerenti corsi di specializzazione, nonché il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

Al fine dell'assegnazione degli incarichi semestrali (rinnovabili) verrà predisposta una graduatoria aziendale.

Le domande degli interessati, da presentarsi in carta semplice, dovranno pervenire all'A.S.L. CN2 Ufficio Protocollo – Via Vida, 10 12051 Alba

Termine per la presentazione delle domande: entro il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte. Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine di scadenza suindicato; a tale fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Servizio Amministrazione del Personale presso la sede in Alba (C.A.P. 12051), Via Vida, 10 - Tel. 0173 316521.

Il Direttore della S.O.C.  
Amministrazione del Personale  
Franco Cane

Allegato

(facsimile domanda)

Alla A.S.L. CN2  
Via Vida, 10  
12051 Alba (CN)

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ laureato il \_\_\_\_\_  
con voti \_\_\_\_\_ iscritto all'ordine dei Medici di \_\_\_\_\_

*Chiede*

di essere inserito nelle graduatorie per il conferimento di incarichi provvisori, per sei mesi eventualmente rinnovabili, di 12 ore settimanali, per attività territoriali programmate.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (come disposto dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000), ai sensi dell'art. art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, *dichiara di essere*<sup>1</sup>:

medico convenzionato esclusivamente per *l'assistenza primaria*, con il seguente numero di scelte \_\_\_\_\_<sup>2</sup>;

medico convenzionato esclusivamente per la *continuità assistenziale* per n. \_\_\_\_\_<sup>3</sup> ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, con anzianità di incarico dal \_\_\_\_\_;

medico convenzionato esclusivamente per la *medicina dei servizi* per n. \_\_\_\_\_<sup>3</sup> ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, con anzianità di incarico dal \_\_\_\_\_;

medico inserito nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 dell'A.C.N. 23/03/2005 valida alla data di pubblicazione del presente bando, area \_\_\_\_\_  
posizione n. \_\_\_\_\_;

medico non inserito nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 dell'A.C.N. 23/03/2005 valida alla data di pubblicazione del presente bando. Al fine della formulazione della relativa graduatoria dichiara di:

di essere titolare di borse di studio<sup>4</sup>

non essere titolare di borse di studio<sup>5</sup>.

*Dichiara inoltre di non esercitare attività (diverse dal rapporto convenzionale con la medicina generale) presso soggetti pubblici o privati.*

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia di documento di identità

<sup>1</sup> barrare con una crocetta la voce che interessa

<sup>2</sup> inferiore a 400

<sup>3</sup> inferiore a 24

<sup>4</sup> anche inerenti a corsi di specializzazioni