

Azienda sanitaria locale 'CN2'

**Conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di continuita' assistenziale e nel servizio di Guardia Medica 24h/24h presso l'Istituto Circondariale di Alba".**

In esecuzione alla determinazione n. 1376/000/PER/13/0414 del 6/12/2013 è indetto avviso pubblico, ai sensi dell'art. 3 dell'A.I.R. 29/01/2013, per la formazione di una graduatoria di disponibilità per il "CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E NEL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA 24H/24H PRESSO L'ISTITUTO CIRCONDARIALE DI ALBA".

Possono presentare domanda:

- a) medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o equipollenti non presenti nella graduatoria regionale di settore;
- b) medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale;
- c) medici non inclusi nelle categorie a, b e d ;
- d) medici frequentanti un corso di specializzazione.

La graduatoria di disponibilità verrà stilata con i criteri stabiliti dall'art. 3 dell'Accordo Integrativo Aziendale, di cui alla determinazione n. 1298 del 20/11/2013, pubblicato sul sito aziendale.

Gli interessati dovranno far pervenire domanda, redatta in carta semplice secondo il fac-simile allegato, entro e non oltre il 31/01/2014 all'A.S.L.CN2, Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN).

La domanda può essere trasmessa anche tramite posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo:aslcn2@legalmail.it.

In questo caso, i documenti per i quali sia prevista, in ambito tradizionale, la sottoscrizione devono, a loro volta, essere sottoscritti dal candidato con la propria firma digitale. I documenti informatici privi di firma digitale saranno considerati come non sottoscritti. Deve essere utilizzato esclusivamente il formato .pdf. La ricevuta di ritorno viene inviata automaticamente dal gestore PEC. E' obbligatorio allegare fotocopia di un documento d'identità dell'aspirante interessato in corso di validità.

I dati personali richiesti verranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione ed in caso di rifiuto al trattamento si verrà esclusi dalla graduatoria.

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare o revocare il presente bando o di sospendere o prorogare o riattivare i termini di apertura dandone notizia sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari dell'A.S.L. CN2 – tel. 0173/316918 oppure 0172/420420-03.

Il Direttore  
Soc Amministrazione del Personale  
Franco Cane

## SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2  
S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari  
Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_ chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul B.U.R.P. n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la formazione di una graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato:

\*  nel Servizio di Continuità Assistenziale

\*  nel servizio integrativo di assistenza sanitaria presso l'Istituto Circondariale di Alba.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

b) di \_\_\_\_\_ essere \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

c) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data \_\_\_\_\_ con il seguente punteggio \_\_\_\_\_;

d) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

e) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale o titolo equipollente come previsto dai DD.LL.vi n.256/91, 368/99 e 277/03;

f) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale;

g) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione;

h) di aver prestato servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2 o presso l'Istituto Circondariale di Alba a decorrere dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

i) che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) personale al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente: \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritt\_ , ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\* Non sbarrare la casella del Servizio per il quale non si intende dare la propria disponibilità.

N.B.: Allegare alla presente copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità

ALLEGATO

Il presente allegato è da utilizzare nel caso in cui non vengano prodotti documenti originali o autenticati ai sensi di legge, per quanto riguarda gli stati fatti e qualità personali.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**  
**AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

**DICHIARA**

ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000

- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_ c/o l'Università di \_\_\_\_\_ con il seguente punteggio \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ col n. \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale conseguito il \_\_\_\_\_ c/o l'Università di \_\_\_\_\_, o del titolo equipollente di cui al D.L.vo 08/08/1991, n. 256, 17/08/1999 n. 368 e 08/07/2003 n. 277;
- di aver prestato servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2 o presso l'Istituto Circondariale di Alba a decorrere dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_
- di essere coniugato/non coniugato, con numero \_\_\_\_\_ figli a carico.

Allega copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso  
\_\_\_\_\_

N.B.: Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alle predette dichiarazioni una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati oggetto delle dichiarazioni.