

Azienda sanitaria locale 'TO5'

Avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria di validità annuale utile alla copertura di incarichi a tempo determinato per attività territoriali programmate.

E' indetto avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria, di validità annuale, utile alla copertura di incarichi a tempo determinato per attività territoriali programmate, di durata non superiore a sei mesi, eventualmente rinnovabili, ai sensi dell'art. 21 del vigente Accordo Integrativo Regionale Medici di Medicina Generale, D.G.R. del 24 aprile 2006, n. 28-2690 e dell' art. 60 del d.P.R. n. 270/2000.

Il trattamento economico, ai sensi del citato art. 21, è stabilito in euro 25,00 orari indipendentemente dall'anzianità di laurea.

REQUISITI SPECIFICI PER L'AMMISSIONE:

Possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria i medici che siano:

1. medici convenzionati per l'assistenza primaria con numero di scelte inferiori a 400;
2. medici convenzionati per la continuità assistenziale con 12 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato;
3. medici convenzionati per la continuità assistenziale con 24 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato;
4. medici della medicina dei servizi a tempo indeterminato con incarico fino a 24 ore settimanali;
5. medici inseriti nella graduatoria regionale definitiva dei medici di medicina generale, valida alla data di pubblicazione del presente bando.

In caso di mancata o insufficiente partecipazione al presente avviso di medici di cui ai punti precedenti, verranno prese in considerazione le domande di:

- a) medici convenzionati per la Continuità Assistenziale con 24 ore settimanali di incarico a tempo determinato;
- b) medici laureati in medicina e chirurgia in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale e iscritti al relativo albo professionale.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

Gli interessati sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso redatta in carta semplice secondo lo schema esemplificativo allegato, e dovrà essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità

- all' ASLTO5 Ufficio Protocollo – P.zza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO)
- PEC: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it

entro e non oltre il decimo giorno successivo alla data della pubblicazione del presente avviso sul B.U.R.P..

Eventuali domande pervenute fuori dal predetto termine non saranno in alcun modo prese in considerazione e, conseguentemente, per le domande recapitate a mezzo posta non rileverà il timbro postale di partenza.

FORMULAZIONE GRADUATORIA

La graduatoria verrà formulata secondo l'ordine di priorità sotto indicato:

1. medici convenzionati per l'assistenza primaria con numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per il medico con minor numero di scelte;
2. medici convenzionati per la continuità assistenziale con 12 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato, secondo l'anzianità d'incarico;
3. medici convenzionati per la continuità assistenziale con 24 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato, secondo l'anzianità d'incarico;
4. medici della medicina dei servizi a tempo indeterminato con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minor numero di ore di incarico;

5. medici inseriti nella graduatoria regionale definitiva dei medici di medicina generale, valida alla data di pubblicazione del presente bando, sulla base del relativo punteggio riportato.

In subordine verranno valutate altresì le domande di:

a. medici convenzionati per la Continuità Assistenziale con 24 ore settimanali di incarico a tempo determinato, secondo l'anzianità d'incarico;

b. medici laureati in Medicina e Chirurgia in possesso dell'abilitazione all'Esercizio Professionale e iscritti al relativo Albo professionale che dimostrino di aver già svolto attività territoriali programmate;

c. medici laureati in Medicina e Chirurgia in possesso dell'abilitazione all'Esercizio Professionale e iscritti al relativo Albo professionale, secondo il seguente ordine di priorità:

1. minore età al conseguimento del diploma di laurea

2. voto di laurea

3. anzianità di laurea.

al fine di formulare una graduatoria da utilizzare per il conferimento di incarichi per le attività territoriali programmate, qualora sia esaurita quella dei medici in possesso dei requisiti specifici.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Amm.ne del Personale – Settore Convenzionato dell'A.S.L.TO5, Tel. 011/6930.319 -320.

Il Direttore Generale
Dott. Massimo Uberti

Allegato

Domanda: Avviso Pubblico Conferimento Incarico a T.D. per Attività Territoriali Programmate BURP n. del

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 d.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazione mendaci:

Il sottoscritto dott. Cognome Nome

Nato a prov. il

Codice fiscale Residente a

prov. Via n.

CAP Tel. Fisso cell. e-mail

Chiede di partecipare al Conferimento di Incarico a T.D. per Attività Territoriali Programmate
PERTANTO DICHIARA

di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data Voto di laurea

Abilitato all'esercizio professionale in data di essere iscritto all'Ordine Dei Medici Chirurghi di
..... data n.;

di essere Titolare di incarico di assistenza primaria presso dal
con numero di scelte alla data

di essere medico convenzionato per la continuità assistenziale con incarico a tempo indeterminato presso
..... dal n. ore attività

di essere medico convenzionato per la continuità assistenziale con incarico a tempo determinato presso
..... dal n. ore attività

di essere medico della Medicina dei Servizi con incarico a tempo indeterminato presso
..... dal n. ore attività

di essere incluso nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva per la Medicina Generale della Regione
..... Valida per l'anno, al n. con punti

Ai sensi e per gli effetti dell'A.C.N. vigente, dichiara di svolgere altra attività sanitaria alla data odierna presso soggetti pubblici o privati: (segnalare ogni tipo di attività non compresa nei punti precedenti)

Di eleggere il seguente domicilio presso il quale inviare ogni necessaria comunicazione (in caso in cui non coincidesse con la residenza) :

Data _____

Firma

1. Allegare copia documento di identità in corso di validità
2. L'ASL TO5 si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nelle sanzioni previste dalla legge e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle stesse.
3. Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03: 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.