

Azienda sanitaria locale 'TO5'

Avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria da utilizzare per eventuali conferimenti di incarichi per attività di medico di medicina generale presso le strutture RSA/RAF del territorio dell'ASLTO5

E' indetto avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria, avente validità annuale, da utilizzare per il conferimento di incarichi di medico di medicina generale presso le Strutture RSA/RAF del territorio dell'ASLTO5.

Possono presentare istanza per la partecipazione di cui si tratta i medici convenzionati titolari nell'ASLTO5 e nelle Aziende Sanitarie limitrofe, specificatamente:

Medici di Assistenza Primaria, Medici di Continuità Assistenziale, della Medicina dei Servizi e dell' Emergenza Sanitaria Territoriale.

La graduatoria sarà formulata ai sensi della d.G.R. n. 46-27840 del 19/7/1999. A parità di punteggio avranno la priorità i medici di medicina generale operanti nel territorio dell'ASLTO5.

Gli interessati dovranno presentare domanda entro le ore 12 del trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP, utilizzando lo schema esemplificativo di domanda allegato alla presente, (si precisa che la compilazione delle date richieste deve essere nel formato gg/mm/aaaa al fine di un corretto conteggio dell'anzianità di servizio) all'indirizzo "A.S.L.TO5 Ufficio Protocollo – P.zza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO)" oppure tramite PEC personale all'indirizzo mail: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it, allegando fotocopia del documento di identità dell'aspirante interessato in corso di validità.

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.

L'Azienda Sanitaria Locale TO 5 si riserva la facoltà, di prorogare, sospendere, revocare o modificare il presente avviso, a suo insindacabile giudizio, senza obbligo di comunicare i motivi e senza che i concorrenti possano accampare pretese e diritti di sorta.

Per ogni eventuale informazione, i soggetti interessati potranno rivolgersi alla S.C. Affari Generali e Personale – Personale Convenzionato dell'ASLTO5, Via Real Collegio, 20 Moncalieri - tel 011/6930319-320.

Il Direttore Generale
Dott. Massimo UBERTI

Domanda di partecipazione alla formazione della graduatoria per eventuale conferimento di incarico per l'attività di Medico di Medicina Generale presso le strutture RSA/RAF del territorio dell'A.S.L. TO 5

**ASL TO5
Direzione Generale
Ufficio Protocollo
P.zza Silvio Pellico, 1
10023 – Chieri (TO)**

PEC: protocolloert.aslto5.piemonte.it

Il sottoscritto dott. (Cognome) Nome

Nato a prov.il

Codice fiscale **M** **F**

Residente a prov. CAP.....

Via/Pzza..... n.

Tel. Fisso cell.

e-mail

indirizzo di posta certificata PEC (obbligatorio)

DICHIARA DI ESSERE

Medico di Assistenza Primaria titolare nell' A.S.L.di

dalcon massimale individuale di nr. assistiti (nr. Scelte) ...
alla data

e con la seguente anzianità di servizio (indicare solo periodi svolti come medico titolare):

- dalal.....presso.....

- dalal.....presso.....

- dalal.....presso.....

Medico di Continuità Assistenziale / Medico di Emergenza Sanit. Territoriale con incarico a tempo indeterminato

per nr.ore sett.li e con la seguente anzianità di servizio (indicare solo periodi svolti a tempo indeterminato):

- dalal.....presso.....

- dalal.....presso.....

- dalal.....presso.....

Medico di Medicina dei Servizi con incarico a tempo indeterminato di n. ore sett.li
e con la seguente anzianità di servizio (indicare solo i periodi svolti a tempo indeterminato):

- dalal.....presso.....

- dalal.....presso.....

- dalal.....presso.....

Inoltre dichiara di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

.....

...

.....

...

FA DOMANDA

di partecipazione all'avviso per la formulazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di Medico di Medicina Generale presso le strutture R.S.A. – R.A.F. del territorio dell'A.S.L. TO 5

Data_____

Firma* _____

***IMPORTANTE:**

1. L'indirizzo di Posta Certificata (PEC) sarà utilizzato dall'Ente per ogni eventuale contatto
2. La domanda deve essere debitamente compilata, in stampatello, le date riportate devono essere indicate gg/mm/aaaa per il calcolo dell'anzianità di servizio,
3. La domanda deve essere inviata con posta certificata o Via Posta Raccomandata (non rileva il timbro postale di partenza), allegando copia del documento di Identità in corso di validità.
4. 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. 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.

.

Data_____

Firma _____