

Azienda sanitaria locale 'TO4'

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

E' indetto presso l'A.S.L. TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato per attività territoriali programmate (attività prelevatoria distrettuale e altre attività di interesse aziendale)

Gli incarichi saranno conferiti secondo i seguenti criteri di priorità:

1. medici convenzionati per l'assistenza primaria con numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per chi ha un minor numero di scelte;
2. medici convenzionati per la continuità assistenziale a tempo indeterminato secondo l'anzianità d'incarico;
3. medici convenzionati per la continuità assistenziale a tempo determinato secondo l'anzianità d'incarico;
4. medici della medicina dei servizi 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 per l'anno in corso, di cui all'art. 15 dell'A.C.N. del 23.3.2005 e s.m.i.

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 inclusi nelle precedenti categorie, purchè iscritti all'albo professionale. Tali medici saranno graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea e dall'anzianità di laurea, ai sensi della norma finale n.5 dell'ACN del 23.3.2005 e s.m.i.

I medici interessati dovranno presentare domanda, utilizzando il fac simile allegato, entro il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione dal presente avviso sul B.U. Regione Piemonte. Le domande possono essere presentate con le seguenti modalità:

- 1) Tramite Posta Elettronica certificata al seguente indirizzo, avendo cura di allegare la copia di un documento di identità in corso di validità: [direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it](mailto:direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it) . La validità di tale invio sarà 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.
- 2) Tramite raccomandata con avviso di ricevimento all'ASL TO4 – Via Po 11 - 10034 CHIVASSO (TO) – S.C. Affari Istituzionali, Legali, C.N.U. - Settore Medicina dei Servizi. E' obbligatorio allegare la fotocopia di un documento di identità in corso di validità. Le domande si considereranno valide se spedite entro il termine di scadenza; a tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.
- 3) Tramite consegna a mano al Servizio Affari Istituzionali, Legali, C.N.U. - Settore Medicina dei Servizi dell'A.S.L. TO4, sede di Chivasso (Via Po 11 – piano terra), dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 12 e dalle ore 14 alle ore 16.

L'ASL TO4 si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare il presente avviso. Per ulteriori informazioni telefonare al n. 011.9176.582

IL DIRETTORE GENERALE  
Dottor Lorenzo Ardisson  
(firmato in originale)

**Domanda di inserimento in una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato di attività territoriali programmate (attività prelevatoria distrettuale e altre attività di interesse aziendale).**

Il /la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

a ..... Telefono .....

E-mail .....

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria in oggetto e, a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, **consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali come previsto dall'art.76 del succitato D.P.R.,**

**DICHIARA**

– Di essere residente a ..... in via ..... n.....  
e domiciliato a ..... in via ..... n. ....

– Di essere/non essere titolare di un incarico di assistenza primaria con n .....scelte  
dal ..... presso.....

– Di essere/ non essere titolare di un incarico a tempo indeterminato/determinato di continuità  
assistenziale con un impegno di n.... ore settimanali dal.....  
presso.....

– Di essere/ non essere titolare di un incarico di medicina dei servizi con un impegno di n.... ore  
settimanali dal .....presso.....

– Di essere/ non essere inserito nella graduatoria regionale vigente di cui all'art.15 dell'ACN del  
23.3.2005 e s.m.i. al numero ..... settore .....

– Di essere iscritto all'albo professionale della Provincia di .....al numero  
..... e dalla data .....

– Di essersi laureato in data ..... con voto .....

Data .....

Firma .....

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