

Azienda sanitaria locale 'TO5'

Avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria di disponibilità da utilizzare per conferimento di incarico a tempo determinato, per attività di medico di medicina generale presso le sedi DEA/PS dell'Azienda ASLTO5

E' indetto avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria di disponibilità da utilizzare per conferimento di incarico a tempo determinato, per un massimo di 12 mesi eventualmente rinnovabili, per attività di medico di medicina generale presso le sedi DEA/PS dell'Azienda per un massimo di 12 ore settimanali; Ai sensi della D.G.R. n. 60-8114 del 14/12/2018,

Possono presentare istanza di partecipazione all'incarico di cui si tratta:

- A) Medici di medicina generale, che non intrattengono altra forma di convenzione con il SSN, già inserito in graduatoria regionale della medicina generale;
- B) Medici di medicina generale, che non intrattengono altra forma di convenzione con il SSN, non inseriti in graduatoria regionale della medicina generale, in possesso del titolo di formazione in medicina generale o titolo equipollente;
- C) Medici che esercitano attività con il SSN
- Medici che esercitano solo attività di assistenza primaria fino a 1200 scelte
 - Medici che esercitano solo attività di Continuità Assistenziale fino a 24 ore settimanali
 - Medici che esercitano attività di assistenza primaria e continuità assistenziale a doppio ruolo (assistenza primaria fino 350 scelte e continuità assistenziale a 24 ore settimanali)
- D) Medici che esercitano:
- solo attività di assistenza primaria oltre 1200 scelte
 - solo di continuità assistenziale con massimo 38 ore settimanali
 - solo medici di medicina generale convenzionati di Emergenza Sanitaria Territoriale a 38 ore settimanali.

Inoltre possono presentare domanda in subordine come da nota della Regione Piemonte del 7/6/2019 prot. 11971 recante indicazioni operative in merito all'affidamento degli incarichi:

E) i medici iscritti al corso di formazione specifica di medicina generale

F) i medici iscritti al corso di specializzazione.

In caso di mancata partecipazione al presente avviso di medici di cui ai punti A) - B) - C) - D) - E) e F) verranno valutate ulteriormente secondo l'ordine sottoindicato le domande inoltrate:

1. da medici che dimostrino di aver già svolto attività di medico di medicina generale presso sedi DEA.

Per ogni fascia vengono conferiti 10 punti ai medici residenti in Regione Piemonte e 0,1 punti per ogni mese di anzianità di servizio presso i DEA/PS della Regione Piemonte. In caso di parimerito prevale il medico con minore età alla laurea ed in subordine con maggior voto di laurea.

I medici interessati dovranno presentare domanda in bollo da € 16,00, **utilizzando il fac-simile allegato**, entro e non oltre il **quindicesimo giorno** dalla data della pubblicazione del presente avviso sul B.U.R.P..all' A.S.LTO5 Ufficio Protocollo – P.zza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) oppure tramite PEC personale all'indirizzo di PEC Aziendale: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it

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 si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Affari Generali e Personale dell'A.S.L.TO5

Tel. 011/6930319-320

Il Direttore Generale
Dott. Massimo Uberti

ASL TO5
Ufficio Protocollo
P.zza Silvio Pellico 1
10023 Chieri (TO)

MARCA DA BOLLO € 16,00

PEC: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it

Domanda : Avviso Pubblico Conferimento Incarico a Tempo Determinato per Attività di medico di medicina generale presso le sedi DEA/PS dell'Azienda, ai sensi del DGR n. 60-8114 del 14/12/2018 – nota Regione Piemonte del 07/06/2019 prot. 11971.

Publicato sul BURP n. del

Il sottoscritto dott. (Cognome) Nome

Nato a prov. il

Codice fiscale.....

 M F

Residente a prov. Via/Pzza..... n.

CAP Tel. Fisso cell. e-mail

PEC (obbligatoria)

CHIEDE

di partecipare al Conferimento di Incarico a T.D. per Attività di Medico di MMG presso la sede DEA/PS dell'Azienda

PERTANTO DICHIARA

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

di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di

in data Voto di laurea

Abilitato all'esercizio professionale in data

di essere iscritto all'Ordine Dei Medici Chirurghi di data n.;

di essere inserito nella Graduatoria Regionale della medicina generale di cui all'art. 15 dell'ACN 29/7/2009 valida alla data di pubblicazione con punti ;

Di essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o Titolo equipollente conseguito in data

di essere medico convenzionato di assistenza primaria presso.....
dal con numero di scelte n. 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 iscritto al corso di Formazione specifica in Medicina Generale Triennale (specificare anno di frequenza) anno di frequenza Presso

di essere iscritto al Corso di specializzazione in.....:

presso

di

di aver prestato/ o prestare servizio in qualità di medico MMG presso il DEA del P.O. (Codici Bianchi)

pressodal al

Ai sensi e per gli effetti dell'A.C.N. vigente, dichiara di svolgere le seguenti attività alla data odierna:

(segnalare ogni tipo di attività svolta a qualsiasi titolo)

.....
.....

Inoltre dichiara di non trovarsi nella posizione di incompatibilità prevista dall'art. 17 dell'A.C.N. del 29/7/2009.

Data _____

Firma

-
- 1. cancellare la parte che non interessa**
 - 2. L'indirizzo di Posta Certificata (PEC) sarà utilizzato dall'Ente per ogni eventuale contatto**
 - 3. le date devono essere indicate giorno-mese- anno al fine di una corretta valutazione**
 - 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.**
 - 5. 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.**
 - 6. Allegare copia documento d'identità in corso di validità.**