

Azienda sanitaria locale 'AL'

Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale convenzionato per l'ambito di Castelnovo Scrivia, con obbligo di apertura nelle frazioni Alluvioni e Piovera del Comune di Alluvioni Piovera, dal 01/07/2020

Ai sensi dell'art. 38 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina, è indetto avviso pubblico il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale convenzionato, con obbligo di apertura nelle frazioni Alluvioni e Piovera del Comune di Alluvioni Piovera e decorrenza obbligatoria dal 01/07/2020.

Ai sensi dell'art. 2 ACN MMG 29/03/2018, l'incarico sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nella graduatoria regionale di assistenza primaria, valida per l'anno 2020;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale, dal 3° anno al 1°;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici saranno graduati, con priorità per i residenti nell'ambito territoriale in oggetto, in ordine di graduatoria regionale ed eventualmente nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Qualora l'incarico fosse conferito a medici di cui ai suindicati punti c), d) ed e), si dovrà tenere conto delle limitazioni previste dal decreto legge 9 marzo 2020 *“Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19”*

Gli interessati dovranno presentare domanda al seguente indirizzo PEC: aslal@pec.aslal.it utilizzando il fac simile allegato (compilato in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti) e allegando copia di un .documento d'identità valido.

Le domande dovranno PERVENIRE entro le ore 12 del 10° giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte (farà fede il timbro di ricezione da parte dell'Ufficio Protocollo dell'Azienda).

Si precisa sin d'ora che il medico titolare (sia a tempo determinato che indeterminato) di altro incarico convenzionale (assistenza primaria, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna) con scadenza dello stesso prevista successivamente al 30/06/2020, risulta incompatibile con l'incarico in oggetto, ai sensi delle disposizioni in materia di preavviso previste dal rispettivo ACN.

L'ASL si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Convenzioni MMG-PLS – Alessandria, tel. 0131 307459 – 307530 – 307573, mail convenzionemedici@aslal.it

Il Direttore Distretto Novi Ligure - Tortona
Dott. Orazio Francesco BARRESI

All' Asl AL
Servizio Convenzioni Uniche
Nazionali – CUN

OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale per l'ambito di Castelnuovo Scrivia, con obbligo di apertura nelle frazioni Alluvioni e Piovera del Comune di Alluvioni Piovera - DAL 01/07/2020

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____

Laureato il _____ università _____ punteggio _____

Iscritto all'Albo Professionale di _____ al n. _____

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico per l'incarico di MMG in oggetto

e, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara (selezionare le voci di interesse e completare):

Di essere iscritto/a nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2020 nel numero di posizione _____ con punteggio _____;

Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma di aver acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data _____

Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma regolarmente iscritto al triennio di formazione in medicina generale _____, al 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ anno di corso

Di non essere inserito/a in detta graduatoria, né iscritto al triennio di formazione in medicina generale, ma di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale e laureato successivamente _____ al _____ 31/12/1994 (specificare) _____

Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma essere iscritto al seguente corso di specializzazione _____ (specificare _____ tipologia _____ e annualità) _____

SPECIFICARE LA PROPRIA SITUAZIONE IN RIFERIMENTO A EVENTUALI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'

Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 17 del vigente ACN, come risultante dalla compilazione dell'ALLEGATO L

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:
SCRIVERE IN MANIERA LEGGIBILE

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Email _____

PEC _____

Data _____

firma _____

ALLEGATI:

Fotocopia documento d'identità

Allegato L

Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/697 e del D.lgs e s.m.i.: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il
_____ residente in _____ Via/piazza

_____ iscritto all'Albo dei
_____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47

D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2): Soggetto
_____ ore settimanali _____ Via
_____ Comune di _____ tipo di
rapporto di lavoro _____ periodo: dal

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo ACN con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2): Azienda _____ branca
_____ ore sett. _____ Azienda
_____ branca _____ ore set. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):
Provincia _____ branca _____ periodo dal

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 c. 5 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni: Azienda _____ Via
_____ tipo di attività
_____ periodo: dal

7) essere - non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato - a tempo determinato (1), nella Regione
_____ o in altra Regione (2): Regione _____ Azienda
_____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo 368/99: Denominazione del corso:

_____ Soggetto pubblico
che lo svolge _____ Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lvo. 502/92 e successive modificazioni (2): Organismo

_____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____
_____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____
_____ periodo dal: _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 L. 833/78 (2):

Organismo _____ ore sett. _____ Via _____
_____ Comune di _____ tipo di attività _____
_____ tipo di rapporto di lavoro _____
_____ periodo dal: _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.L.vo 9 aprile 2008 n. 81: Azienda _____ ore sett. _____ Via _____

_____ Comune di _____ periodo dal: _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2) Azienda _____

Comune di _____ periodo dal: _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)

_____ periodo dal: _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale : periodo dal: _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna) _____
periodo dal : _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2): Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____
tipo di attività: _____ periodo dal: _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7): Soggetto pubblico

_____ Via _____
_____ Comune _____ tipo di
attività _____ tipo di rapporto di lavoro
_____ periodo dal : _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a : (2) _____
periodo : dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15 (2): soggetto erogante il trattamento
pensionistico _____ pensionato dal

NOTE: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede data _____ firma _____

(3) (1) cancellare la parte che non interessa.

(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE". (3) la firma deve essere corredata da fotocopia di valido documento di identità.