

Azienda sanitaria locale 'AT'

Avviso pubblico per il conferimento di n.1 incarico provvisorio di medico di medicina generale, ai sensi dell'art. 38 A.C.N. del 25/03/2005 ed s.m.i., presso l'ambito territoriale di scelta n.4 di Asti Nord con decorrenza dal 01/08/2020.

Ai sensi dell'art. 38 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, è indetto presso l'ASL AT un avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di Medico di Medicina Generale addetto all'assistenza primaria presso l'ambito territoriale di scelta nr. 4 di Asti Nord comprendente i Comuni di:

Calliano, Castell'Alfero, Frinco, Grazzano Badoglio, Penango, Portacomaro, Scurzolengo, Tonco, Aramengo, Cocconato, Cunico, Montiglio Monferrato, Moransengo, Piova' Massaia, Robella, Tonengo, Camerano Casasco, Chiusano d'Asti, Cinaglio, Corsione, Cortanze, Cortazzone, Cossombrato, Montechiaro d'Asti, Piea, Settime, Soglio, Viale, Villa San Secondo, Casorzo, Castagnole Monferrato, Grana, Montemagno, Refrancore, Viarigi, Azzano d'Asti, Castello Di Annone, Cerro Tanaro, Rocca D'arazzo, Rocchetta Tanaro

con obbligo di apertura degli studi medici da definire al momento del convenzionamento secondo le esigenze aziendali.

L'incarico avrà **decorrenza dal 01/08/2020** e fino al momento in cui verrà individuato il medico avente diritto all'inserimento, a seguito di pubblicazione delle zone carenti creatasi per il pensionamento di n.2 medici di assistenza primaria operanti nell'ambito di cui trattasi (precisamente nei Comuni di Rocchetta Tanaro, Cerro Tanaro, Cocconato e Moransengo) e comunque per un periodo inferiore a 12 mesi.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Ai sensi dell'art. 2, comma 6, dell'A.C.N. del 21/06/2018, l'incarico sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale vigente, valida per l'anno 2020, secondo il punteggio in essa attribuito;
 - 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 o in possesso di titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991 n.256, 17 agosto 1999 n.368 e 8 luglio 2003 n.277;
 - c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale (3°- 2° e 1° anno)
 - d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - e) medici iscritti ai corsi di specializzazione;
- con priorità per il medico residente nell'ambito territoriale carente. In caso di pari posizione, i medici verranno graduati ulteriormente nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Gli interessati dovranno presentare domanda al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.asl.at.it utilizzando il fac simile allegato unitamente a copia di un documento d'identità valido.

Le domande dovranno pervenire entro il 15 luglio 2020

L'amministrazione dell'ASL AT si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente avviso 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 i medici interessati potranno rivolgersi alla S.C Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera telefonando al nr. 0141-484410/4440/4425.

Il Direttore F.F.
S.C. Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera
Dott.ssa Cesira BONAVOLONTA'
(f.to in originale)

Spett.le
ASL AT
S.C. Servizi Amministrativi Area Territoriale e
Ospedaliera
Via Conte Verde nr. 125
14100 ASTI

OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n.1 incarico provvisorio di Medico di Medicina Generale convenzionato, ai sensi dell'art. 38 ACN vigente, per l'ambito territoriale di scelta nr. 4 di Asti Nord comprendente i Comuni di Calliano, Castell'Alfero, Frinco, Grazzano Badoglio, Penango, Portacomaro, Scurzolengo, Tonco, Aramengo, Cocconato, Cunico, Montiglio Monferrato, Moransengo, Piova' Massaia, Robella, Tonengo, Camerano Casasco, Chiusano d'Asti, Cinaglio, Corsione, Cortanze, Cortazzone, Cossombrato, Montechiaro d'Asti, Piea, Settime, Soglio, Viale, Villa San Secondo, Casorzo, Castagnole Monferrato, Grana, Montemagno, Refrancore, Viarigi, Azzano d'Asti, Castello Di Annone, Cerro Tanaro, Rocca D'arazzo, Rocchetta Tanaro con apertura degli studi medici da definire al momento del convenzionamento secondo le esigenze aziendali a far data dal 01/08/2020

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ dal _____

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico in oggetto e, consapevole delle sanzioni di cui a DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

<ul style="list-style-type: none">• Di essere iscritto/a nella Graduatoria unica Regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2020, nel numero di posizione _____ con punteggio _____
<ul style="list-style-type: none">• Di non essere inserito/a nella suddetta 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 _____
<ul style="list-style-type: none">• Di essere /non essere in possesso di titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991 n.256, 17 agosto 1999 n.368 e 8 luglio 2003 n.277 dal _____
<ul style="list-style-type: none">• Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma regolarmente iscritto al triennio di formazione in medicina generale anno _____ al 1° 2° 3° anno di corso
<ul style="list-style-type: none">• 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 di _____ al numero _____ e laureato successivamente al 31/12/1994 e precisamente in data _____

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Di non essere inserito/a in graduatoria ma essere iscritto al seguente corso di specializzazione in _____ anno _____ |
| <ul style="list-style-type: none">• Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'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:

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

cell. _____

e-mail _____

PEC _____

Data

Firma

ALLEGATI

Fotocopia documento di 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.

Allegato L

(artt.7 -20 e 49)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente in _____
Via/Piazza _____ n° _____
iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____
ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15
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 medicina generale ai sensi del D.P.R. _____ 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 D.P.R. _____ 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 sett. _____

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'art. 8, c. 5, decreto legislativo 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 nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o 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 Decreto L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 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 decreto legislativo n. 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'art. 43, delle legge 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 della legge n. 626/93:

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 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 o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2):

Azienda _____ Comune di _____

ore sett. _____

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 di _____

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) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):
soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo: dal _____

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.
In fede

Data _____ Firma _____

(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"

(La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 445/2000).

PER RENDERE VALIDA LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA E' SUFFICIENTE ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'.