

Azienda sanitaria locale 'TO5'

INDIZIONE AVVISO PUBBLICO PER L’AFFIDAMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO EX ART. 38 ACN DI MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DELL’AMBITO TERRITORIALE DEI COMUNI DI MONTALDO TO.SE - MONCUCCO - MOMBELLO TO.SE - MORIONDO TO.SE - BERZANO S.P. - ALBUGNANO - PASSERANO M.TO - PINO D'ASTI - CERRETO D'ASTI - ARIGNANO - CASTELNUOVO DON BOSCO - BUTTIGLIERA D'ASTI - MARENTINO.

E' indetto avviso pubblico per il conferimento di un incarico provvisorio di medico di assistenza primaria per l'ambito territoriale dei Comuni di Montaldo To.se - Moncucco - Mombello To.se - Moriondo To.se - Berzano S.P. - Albugnano - Passerano M.to - Pino D'asti - Cerreto D'Asti - Arignano - Castelnuovo Don Bosco - Buttigliera D'Asti – Marentino (art. 38 dell’ACN del 29/7/2009 e s.m.i.), con priorità di apertura studio medico presso il Comune di Castelnuovo Don Bosco.

Possono presentare istanza per la partecipazione al presente avviso i medici:

- a) iscritti nella graduatoria regionale, vigente al momento della pubblicazione, secondo l’ordine di punteggio
- b) 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, verranno graduati nell’ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Ai fini della formulazione della graduatoria così come previsto dall’art. 38 e s.m.i. dell’ACN del 29/7/2009 sarà data priorità ai medici residenti nell’ambito territoriale carente.

I medici interessati dovranno presentare domanda in bollo da € 16,00, **utilizzando il modello facsimile allegato**, entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo alla data della pubblicazione del presente avviso sul B.U.R.P. a “A.S.LTO5 Ufficio Protocollo – P.zza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO)” tramite PEC personale all’indirizzo PEC: 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, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Affari Generali e Personale – Ufficio Personale Convenzionato dell’A.S.L.TO5, Tel. 011/6930.319 -320.

Il Direttore Generale
Dott. Massimo UBERTI

MARCA BOLLO € 16,00	ASL TO5 Ufficio Protocollo P.zza Silvio Pellico 1 10023 Chieri (TO) PEC: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it
---------------------	---

Domanda: Avviso Pubblico Conferimento Incarico Provvisorio medico di Assistenza Primaria – Comune di Castelnuovo Don Bosco

Publicato sul BURP n. _____ del _____

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome _____

Nato/a _____ il _____ Prov. _____

_____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. Fisso _____ Cell. _____

e-mail _____

PEC (obbligatorio) _____

CHIEDE

di partecipare al Conferimento Incarico Provvisorio medico di Assistenza Primaria

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 in data _____ Voto di laurea _____
- Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____ di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ n. _____
- Di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale conseguito a _____ in data _____
- Di essere inserito nella Graduatoria Regionale valida per l'anno 2019 al n. _____ con Punti _____

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.

Firma

Data _____

-
1. **L'indirizzo di Posta Certificata (PEC) sarà utilizzato dall'Ente per ogni eventuale contatto**
 2. **La domanda deve essere debitamente compilata, in modo leggibile, spedita all'indirizzo di posta certificata o Via Posta Raccomandata (non rileva il timbro postale di partenza), allegando copia del documento di Identità in corso di validità.**
 3. **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.**