

Azienda sanitaria locale 'AT'

**Avviso pubblico per la formazione di una nuova graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione presso il servizio di continuità assistenziale dell'ASL AT – anno 2020**

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione S.C Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera nr. 1703 del 18/11/2020 è indetto avviso pubblico per la formazione di una nuova graduatoria aziendale di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione/ reperibilità presso il Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL AT.

Possono presentare domande per gli incarichi di cui sopra le seguenti categorie di medici così come dettato dall'art. 3 dell' A.I.R. recepito con D.G.R n. 37-5285 del 29/01/2013:

- a) Medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente inseriti, o in subordine, non inseriti nella graduatoria regionale di settore.
- b) Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale.
- c) Medici non inclusi nelle categorie a,b,d, purchè iscritti all'Albo professionale.
- d) Medici frequentanti un corso di specializzazione.

Gli incarichi vengono assegnati scorrendo nell'ordine le 4 sezioni sopraindicate.

All'interno di ogni sezione è data priorità ai medici :

- residenti nell'ASL (10 punti)

-residenti nella Regione Piemonte (10 punti)

A parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea;

Tutti gli incarichi sono attribuiti a 24 ore a settimana; fanno eccezione unicamente gli incarichi assegnati ai medici della sezione d) che avranno un massimale di 60 ore al mese;

Tutti gli incarichi possono avere durata fino alla formazione della graduatoria annuale 2021 e/o per periodi diversi a seconda delle necessità organizzative aziendali.

L'incarico si interromperà anticipatamente nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura delle ore vacanti a tempo indeterminato: in tal caso perde il posto l'ultimo assunto in ordine cronologico.

Gli incarichi attribuiti per sostituzione di medici già assegnatari di incarico proseguiranno fino al rientro dei medici sostituiti e cesseranno contestualmente al rientro.

I medici aspiranti all'incarico presso l'ASL AT dovranno essere in possesso della patente di guida per poter utilizzare l'automezzo di servizio fornito dall'ASL, privo di autista. In difetto gli spostamenti saranno a carico del Medico interessato.

**TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO.**

Lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23 marzo 2005 integrato con A.C.N. del 29 luglio 2009 ed A.C.N. dell'8 luglio 2010 e dagli Accordi Integrativi Regionali per la Continuità Assistenziale ex D.G.R. n. 28-2690 del 24.04.2006 e D.G.R. n. 37-5285 del 29.01.2013.

**PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: TERMINI E MODALITA'**

Gli interessati alla selezione sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta da bollo ed integrate con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze

presentate tramite PEC”, secondo lo schema esemplificativo allegato al presente avviso, unitamente a copia fotostatica di un documento d’identità in corso di validità, al seguente indirizzo:

**ASL AT – S.C. SERVIZI AMMINISTRATIVI AREA TERRITORIALE E OSPEDALIERA  
– Via Conte Verde nr. 125 – 14100 ASTI.**

La domanda dovrà pervenire entro il 10°giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso, esclusivamente tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo: [protocollo@pec.asl.at.it](mailto:protocollo@pec.asl.at.it)

La validità di tale invio è 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.

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a fotocopia di valido documento di identità.

Le domande inviate prima della suddetta pubblicazione non sono valide.

Le domande inviate dopo la scadenza del suddetto termine non sono valide.

Se la scadenza coincide con un giorno festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

L’A.S.L. declina ogni responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendenti da inesatte o non chiare indicazioni del recapito da parte dell’aspirante o da mancata oppure tardiva segnalazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell’Azienda.

L’Amministrazione procederà a verificare il requisito di ammissibilità dei candidati.

Il candidato utilmente collocato in graduatoria, al momento del conferimento dell’incarico, dovrà dichiarare, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio (All. L dell'ACN vigente), il sussistere delle condizioni dichiarate in sede di presentazione della domanda di partecipazione all’avviso.

Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento di assegnazione dell’incarico.

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 informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera, Via Conte Verde n. 125, Asti - Segreteria tel. 0141/484410-484425

S.C SERVIZI AMMINISTRATIVI AREA TERRITORIALE E OSPEDALIERA  
IL DIRETTORE F.F.  
Dott. ssa Cesira BONAVOLONTA'  
(f.to in originale)

Marca da bollo €16  P.E.C. protocollo@pec.asl.at.it	SPETT.LE ASL AT S.C. SERVIZI AMMINISTRATIVI AREA TERRITORIALE E OSPEDALIERA VIA CONTE VERDE NR. 125  14100 ASTI
---	--

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA NUOVA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' – ANNO 2020 – PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE PRESSO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ASL AT**

\_l\_ sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

residente in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Cod. fisc. \_\_\_\_\_

domiciliato in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ ;

in riferimento all'avviso pubblicato presso il BURP nr.....del .....

**CHIEDE**

di essere inserito nella **nuova Graduatoria aziendale di disponibilità – anno 2020 -** per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzione e/o di reperibilità) presso il Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL AT di Asti

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n.445, il sottoscritto, ai sensi degli art. 46 e 47 del citato D.P.R n. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ ;

2. di avere compiuto, alla data del conseguimento del Diploma di Laurea, n. \_\_\_\_\_ anni di età;

3. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ;

4. di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al nr. \_\_\_\_\_;

5. di essere/non essere (\*) in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in  
data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

6. di essere/non essere (\*) in possesso di titolo equipollente dal \_\_\_\_\_;

7. di essere/non essere (\*) iscritto al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale presso la sede di  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
 con borsa di studio  senza borsa di studio

8. di essere/non essere(\*) iscritto a scuola di specializzazione (specificare scuola e sede)  
\_\_\_\_\_,  
 con contratto di formazione specialistica  senza contratto di formazione specialistica;

9. di aver/non aver (\*) riportato condanne penali

(\*\*) \_\_\_\_\_;

10. di non essere/essere (\*) destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di  
decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa  
(\*\*) \_\_\_\_\_;

11. di essere/non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico

(\*\*)

\_\_\_\_\_;

12. di aver/non aver(\*) subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina  
generale

(\*\*) \_\_\_\_\_;

13. di aver/non aver subito provvedimenti di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego

(\*\*) \_\_\_\_\_;

14. di aver/non aver(\*) situazioni di incompatibilità con l'incarico di cui al presente avviso, ai sensi dell'art. 17 del  
vigente ACN

(\*\*) \_\_\_\_\_;

15. di essere/non essere (\*\*) titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di medicina generale presso l'ASL  
\_\_\_\_\_ con nr. di scelte in carico a \_\_\_\_\_ o di medico pediatra di libera  
scelta presso l'ASL \_\_\_\_\_ con nr. di scelte in carico a \_\_\_\_\_;

16. di svolgere/non svolgere attualmente la seguente attività \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

17. di avere /non avere altri rapporti con il SSN od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività  
dal \_\_\_\_\_

Note

.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto si impegna, ove richiesto, a presentare la documentazione probatoria dei titoli e servizi dichiarati.  
Inoltre, il sottoscritto, con la presente domanda, si impegna a rispettare quanto previsto nell'Accordo Collettivo  
nazionale per la Medicina generale – testo integrato del 29/07/2009 nonché le disposizioni regionali (AIR di cui alla  
DGR 37-5285 del 29.01.2013) ed aziendali (Accordo integrativo Aziendale ASL AT)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità

N.B:

- Si allega fotocopia carta di identità in corso di validità,
- La presente domanda deve essere integralmente compilata, pena di esclusione dalla graduatoria: l'omissione di una o più delle dichiarazioni sopra indicate, così come la presentazione della domanda di partecipazione senza firma di sottoscrizione, comporterà l'esclusione dalla graduatoria.
- Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/679 e del D.LGS 196/03 ed s.m.i.: 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.

(\*) cancellare la parte che non interessa

(\*\*) in caso di presenza indicare quali

L'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:

Via ..... nr .....

Località.....

Prov.....CAP..... TEL.....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 445 /2000)

**Il/la sottoscritto/a**

**Cognome** ..... **nome** .....  
**nato/a** ..... **prov.**.....**il.**.....  
**residente a** ..... **via** .....

**DICHIARA**

**1. Di aver assolto al pagamento dell'imposta con la marca da bollo di Euro 16,00 avente il seguente codice identificativo \_\_\_\_\_;**

**2. Di aver provveduto ad annullare tale marca da bollo ed impegnarsi a conservare l'originale contestualmente alla predetta domanda per l'inserimento nella nuova graduatoria 2020, per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.**

**Letto, confermato e sottoscritto**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_