

Azienda sanitaria locale 'AT'

**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA – ANNO 2021**

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione S.C Servizi Amministrativi Area Territoriale e Ospedaliera nr. 27 del 11/01/2021 è indetto avviso pubblico, ai sensi dell'art. 2, comma 7, dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta del 21/06/2018 per la formazione di apposite graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione

Possono presentare domanda per il conferimento dei suddetti incarichi, ai sensi dell'art. 2 comma 7 del citato A.C.N 21/06/2018, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

I pediatri di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Gli interessati dovranno far pervenire la domanda **IN BOLLO**, secondo lo schema esemplificativo allegato, entro e non oltre il **30° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale dell'A.S.L. AT alla voce "Concorsi e Avvisi"**.

Il presente bando verrà altresì pubblicato sul BURP e la data di scadenza sarà sempre riferita al 30° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale dell'A.S.L. AT. Qualora detto termine coincida con un giorno festivo si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda dovrà essere inviata esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC intestata all'istante) nel rispetto dell'art. 65 D. Lgs. nr. 82/05, avendo cura di allegare copia di un documento di identità in corso di validità, al seguente indirizzo di posta:

[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.

Le domande dovranno essere in bollo e integrate con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze presentate tramite PEC".

Le domande che perverranno oltre il termine suddetto non saranno tenute in considerazione.

L'ASL declina ogni responsabilità per qualsiasi ritardo, mancato arrivo, disguidi dovuti a problemi postali e/o informatici.

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

I dati personali richiesti verranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione ed in caso di rifiuto al trattamento si verrà esclusi dalla graduatoria.

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

Dott. Gianfranco MASOERO

(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 GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA – ANNO 2021**

\_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 sito aziendale dell'ASL AT "Concorsi e Avvisi " in data \_\_\_\_\_ e sul BURP nr. .... del .....

**CHIEDE**

di essere inserito nella **Graduatoria aziendale di disponibilità – anno 2021** - per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di **Pediatrati di Libera Scelta**

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** residente a ..... in ..... via ..... n. ....

**2. Di essere/non essere** inserito nella vigente Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta, al n..... con punteggio .....

**3. Di aver** acquisito il titolo di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale in data ..... con voto .....

**4. Di essere** iscritto all'albo professionale della Provincia di ..... al numero ..... dalla data .....

**5. Di essersi** laureato in data ..... con voto .....

**6. Di svolgere** attualmente le seguenti ulteriori attività .....

.....  
.....

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.
- Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i e del Regolamento UE2016/67P 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.

**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 domanda per l'inserimento nella graduatoria 2020, per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

L'A.S.L.AT si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nella decadenza dei benefici conseguiti in base alle stesse e sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00.

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità (art. 38 del D.P.R. 445/00)

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03 e smi del Regolamento UE 2016/67P 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.