

Azienda sanitaria locale 'AT'

**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE
“APERTA” DI DISPONIBILITA’ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO
DETERMINATO NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA’
ORARIA (EX’ CONTINUITA’ ASSISTENZIALE) E PRESSO L'ISTITUTO
PENITENZIARIO “CASA DI RECLUSIONE” DI ASTI DA UTILIZZARE PER IL
PERIODO DAL 10/06/2023 AL 10/12/2023**

Documento allegato

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE “APERTA” DI DISPONIBILITA’ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA’ ORARIA (EX CONTINUITA’ ASSISTENZIALE) E PRESSO L’ISTITUTO PENITENZIARIO “CASA DI RECLUSIONE” DI ASTI DA UTILIZZARE PER IL PERIODO DAL 10/06/2023 AL 10/12/2023

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione S.C Distretto ASL AT n. 762 del 12/06/2023 è indetto nuovo avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale “aperta” di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria (ex Continuità Assistenziale) e presso l’Istituto Penitenziario “Casa di Reclusione di Asti” da utilizzare per il periodo dal 10/06/2023 al 10/12/2023.

L’Azienda si riserva la facoltà altresì di attingere dalla suddetta graduatoria per ogni necessità di copertura dell’ambulatorio “I.S.I.” (Informazione Salute Immigrati) e dell’ambulatorio “Codici Bianchi” che si svolgono presso il P.O. “Cardinal Massaia” di Asti.

Possono presentare domanda per il conferimento dei suddetti incarichi le seguenti categorie di medici, così come dettato dall’art. 19 comma 6 dell’ACN MMG 28/04/2022:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l’ordine di punteggio,
- 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 nella medesima Regione per cui concorrono;

Ai sensi dell’art. 19, comma 11, della L.28 dicembre 2001 n.448:

- d) medici che abbiano acquisito l’abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994,
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici di cui alle lettere da b) a e) sono graduati nell’ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Gli incarichi vengono assegnati scorrendo nell’ordine le cinque sezioni di graduatoria.

MODALITA’ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE.

I medici interessati potranno presentare domanda di partecipazione, in bollo, secondo lo schema allegato al presente Avviso, durante tutto il periodo interessato dal 10/06/2023 al 10/12/2023 e la graduatoria verrà mensilmente elaborata con le domande pervenute entro il giorno 10 di ogni mese e potrà essere utilizzata mensilmente dall’Azienda per il conferimento di incarichi a tempo determinato della durata massima annuale.

Il presente bando verrà pubblicato sul sito aziendale dell’ASL AT e altresì sul BURP

La domanda, indirizzata all’Azienda Sanitaria Locale di Asti – Direttore della S.C. Distretto, 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

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".

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

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

Lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'A.C.N. MMG per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente Avviso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Ai sensi della legge n.196 del 30.06.2023 (legge sulla privacy) i dati personali indicati nella domanda verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura di selezione disciplinata dal presente Avviso.

Per ogni ulteriore informazione gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Distretto ASL AT, tel. 0141/484410-484425

IL DIRETTORE
S.C. DISTRETTO ASL AT
Dott.ssa Elena TAMIETTI

Marca da bollo €16

SPETT.LE ASL AT
S.C. DISTRETTO ASL AT

protocollo@pec.asl.at.it

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA "APERTA" AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX' CONTINUITA' ASSISTENZIALE) E PRESSO L'ISTITUTO PENITENZIARIO "CASA DI RECLUSIONE" DI ASTI, DA UTILIZZARE PER IL PERIODO DAL 10/06/2023 AL 10/12/2023

I 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 17/10/22__e sul BURP nr. del

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria "aperta" di medici disponibili al conferimento di incarico a tempo determinato presso:

☐ il Servizio di Assistenza primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale)

☐ il Servizio di Assistenza sanitaria Penitenziaria presso la Casa di Reclusione di Asti

(barrare una o entrambe le caselle)

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 _____ conseguito 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 Chirurghi della Provincia di _____ dal _____ al nr. _____
5. di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 con punteggio _____;
6. di avere/non avere acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e precisamente in data _____ presso la Regione _____;
7. di essere iscritto/non iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale della Regione _____ dal _____ anno di frequenza _____
8. di aver/non aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
9. di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione in _____ presso l'Università di _____ dal _____
10. di aver/non aver riportato condanne penali;
**) _____;
11. 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
(**) _____;
12. di essere/non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico
(**) _____;
13. di aver/non aver(*) subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale
(**) _____;
14. di aver/non aver subito provvedimenti di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego
(**) _____;

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

16. 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 _____;

17. di svolgere/non svolgere attualmente la seguente attività _____ dal _____ al _____;

18. di avere /non avere altri rapporti con il SSN od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività dal _____ dal _____)

19. di aver/non aver svolto la seguente pregressa attività nell'ambito della Sanità Penitenziaria

Sede
Impegno orario sett.....
Dal.....al.....
dal.....al.....d
al.....al.....

Note : _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare, entro 10 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

Il sottoscritto si impegna, ove richiesto, a presentare la documentazione probatoria dei titoli e servizi dichiarati

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 UE2016/679 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.

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

VianrLocalità.....
Prov.....CAP.....TEL.....
PEC

Data Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 445 /2000)

Il/la sottoscritto/a

Cognome nome

nato/aprov.....il.....

residente avia

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 2022, 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 2016/679 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.