

REGIONE PIEMONTE BU29 20/07/2023

Azienda sanitaria locale 'AT'

**Avviso pubblico per il conferimento di un (1) incarico provvisorio di pediatra di libera scelta convenzionato - ambito territoriale pediatrico di asti sud con decorrenza 1.9.2023**

Documento allegato

Azienda Sanitaria Locale 'AT'

**AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI UN (N.1) INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRA DI LIBERA SCELTA CONVENZIONATO – AMBITO TERRITORIALE PEDIATRICO DI ASTI SUD CON DECORRENZA DAL 1/9/2023.**

E' indetto avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di Pediatra di Libera Scelta Convenzionato, ai sensi dell'art. 35 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 28.04.2022, per l'ambito territoriale Pediatrico di Asti Sud comprendente i Comuni di Bubbio, Calosso, Canelli, Cassinasco, Cessole, Loazzolo, Monastero Bormida, Montabone, Olmo Gentile, Roccaverano, Rocchetta Palafea, Serole, Sessame, Vesime, Agliano Terme, Belveglio, Castagnole Delle Lanze, Castelnuovo Calcea, Coazzolo, Costigliole d'Asti, Mombercelli, Montaldo Scrampi, Montegrosso d'Asti, Vigliano d'Asti, Vinchio, Bruno, Calamandrana, Castel Boglione, Castel Rocchero, Castelletto Molina, Castelnuovo Belbo, Cortiglione, Fontanile, Incisa Scapaccino, Moasca, Mombaruzzo, Nizza Monferrato, Quaranti, San Marzano Oliveto, Vaglio Serra.

**Apertura ambulatoriale prevista nei comuni di:  
- di Nizza Monferrato e di Castelnuovo Belbo**

**L'incarico decorrerà dal 01.09.2023**, a seguito di n. 1 pensionamento di medico pediatra di libera scelta operante nello stesso ambito territoriale pediatrico di Asti Sud, avrà durata massima inferiore a dodici mesi e potrà cessare anticipatamente per nomina dell'avente titolo all'incarico definitivo a seguito di pubblicazione di zona carente straordinaria.

L'incarico provvisorio sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità, ai sensi dell'art. 19 ACN PLS vigente:

- a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale 2023, secondo l'ordine di punteggio;
- b) Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) In categoria residuale saranno graduati i medici iscritti al Corso di Specializzazione in Pediatria, ai sensi dell'art. 4 c.9-quater della L. n.14 del 24/02/2023.

Il periodo di attività, svolto dai Medici Specializzandi sarà riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del Diploma di Specializzazione.

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

I Pediatri di cui alla lettera c) saranno graduati nell'ordine dell'anno di frequentazione, della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

**Gli interessati dovranno far pervenire la domanda di partecipazione al presente avviso, redatta in bollo, al seguente indirizzo PEC [protocollo@pec.asl.at.it](mailto:protocollo@pec.asl.at.it), utilizzando il fac-simile allegato (compilato in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti), e allegando copia di un documento d'identità valido.**

**Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il giorno 11 AGOSTO 2023, farà fede la ricevuta di avvenuta consegna del messaggio alla casella PEC dell'Azienda.**

**Il presente bando verrà altresì pubblicato sul BURP e la data di scadenza sarà sempre riferita al giorno 11 AGOSTO 2023.**

**La domanda dovrà essere inviata esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC), nel rispetto dell'art. 65 D. Lgs. nr. 82/05.**

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 domanda dovrà essere in bollo e integrata 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 annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando, o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse la necessità o l'opportunità, dandone notizia sul Sito Aziendale.

Per ogni eventuale informazione gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Distretto ASL AT, Via Conte Verde n. 125, Asti - Segreteria tel. 0141/484410-484409

<b>Marca da bollo €16</b>  <b>P.E.C. protocollo@pec.asl.at.it</b>	<b>SPETT.LE ASL AT</b> <b>S.C. DISTRETTO ASL AT</b> <b>VIA CONTE VERDE NR. 125</b>  <b>14100 ASTI</b>
---	---

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NELL'AMBITO TERRITORIALE PEDIATRICO DI ASTI SUD CON DECORRENZA 1/09/2023**

\_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 \_\_\_\_\_ ;

presenta istanza di partecipazione all'Avviso pubblicato sul sito aziendale alla voce "Concorsi e Avvisi" in data ..... e sul BURP .....

per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di pediatra di libera scelta convenzionato, ai sensi dell'art. 35 ACN PLS del 28/4/2022, presso l'ambito territoriale pediatrico di Asti Sud comprendente i Comuni di Bubbio, Calosso, Canelli, Cassinasco, Cessole, Loazzolo, Monastero Bormida, Montabone, Olmo Gentile, Roccaverano, Rocchetta Palafea, Serole, Sessame, Vesime, Agliano Terme, Belveglio, Castagnole Delle Lanze, Castelnuovo Calcea, Coazzolo, Costigliole d'Asti, Mombercelli, Montaldo Scarampi, Montegrosso d'Asti, Vigliano d'Asti, Vinchio, Bruno, Calamandrana, Castel Boglione, Castel Rocchero, Castelletto Molina, Castelnuovo Belbo, Cortiglione, Fontanile, Incisa Scapaccino, Moasca, Mombaruzzo, Nizza Monferrato, Quaranti, San Marzano Oliveto, Vaglio Serra,

Apertura ambulatoriale prevista nei Comuni di:

- di Nizza Monferrato e di Castelnuovo Belbo, con decorrenza 1/9/2023

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**

- Di essere laureato/a in medicina e Chirurgia presso l'Università \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'Albo professionale dei medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al nr \_\_\_\_\_
- 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 presso l'Università di ..... in data ..... con voto .....
- di essere iscritto/a nella graduatoria regionale 2023 alla posizione n. \_\_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_
- Di non essere iscritto nella graduatoria regionale 2023
- Di frequentare la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente ..... annualità.....
- di avere/non avere procedimenti disciplinari o penali in corso.....
- Di svolgere attualmente le seguenti 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 \_\_\_\_\_;

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.