

REGIONE PIEMONTE BU6 08/02/2024

Azienda sanitaria locale 'VC'

Avviso pubblico per la formazione di graduatorie aziendali di disponibilità di pediatri, per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione nella medicina pediatrica di libera scelta, per l'anno 2024.

Documento allegato

REGIONE PIEMONTE

ASL VC

SEDE LEGALE VERCELLI

Avviso pubblico per la formazione di graduatorie aziendali di disponibilità di pediatri, per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione nella medicina pediatrica di libera scelta, per l'anno 2024.

Con Deliberazione del Direttore Generale e' indetto avviso pubblico per la formazione di graduatorie aziendali di pediatri per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nella medicina pediatrica di libera scelta valide per l'anno 2024.

Possono presentare domanda per gli incarichi di cui sopra le seguenti categorie di pediatri così come dettato dall'art. 19 comma 7 dell'A.C.N. 28/04/2022:

- a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale 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.

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

Le domande di partecipazione all'Avviso di cui al comma 7, dell'art. 19 dell'A.C.N., in bollo, nello schema di Domanda allegato al presente avviso, devono essere trasmesse entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente avviso nel sito istituzionale.

Il presente bando verrà altresì pubblicato sul B.U.R.P. e la data di scadenza sarà sempre riferita alla pubblicazione nel sito istituzionale.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DOMANDE

La domanda di inserimento nelle graduatorie di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nella medicina pediatrica di libera scelta presso l'ASL VC redatta in bollo, secondo lo schema allegato, corredata da copia di un documento di identità in corso di validità, di copia della patente di guida e dichiarazione sostitutiva atto di notorietà che attesti l'annullamento della marca da bollo, indirizzata all'Azienda Sanitaria Locale – Direttore della Struttura Complessa Distretto, deve essere inoltrata **esclusivamente a mezzo della casella di posta elettronica certificata dell'Azienda: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it**

Le domande inoltrate con altra modalità non saranno prese in considerazione.

Si specifica che:

- l'eventuale situazione di incompatibilità deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico;
- l'incarico provvisorio ai sensi dell'art. 35 A.C.N. 28/04/2022 ha durata fino a 12 mesi e cessa alla data di scadenza o di inserimento del pediatra titolare;
- lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'A.C.N per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 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 e per gli effetti di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e modifiche e integrazioni introdotte dal Decreto Legislativo 10/08/2018, n. 101) i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda Sanitaria Locale VC esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali, nei limiti di legge.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Distretto dell'ASL VC

tel. 0161 593995/886 email: convenzioni.cnu@aslvc.piemonte.it

Il Direttore Generale
Dott.ssa Eva Colombo

Al Direttore S.C. Distretto A.S.L. VC
Dr. Germano Giordano
pec: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

Domanda per l'inserimento nelle graduatorie aziendali di disponibilità per il conferimento di incarichi, provvisori e di sostituzione, nella medicina pediatrica di libera scelta presso l'ASL VC, per l'anno 2024.

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il
a..... Cittadinanza.....residente aCAP.....
(prov.) in vian° e domiciliato a
.....CAP.....(prov.) in vian° (indicare
solo se diverso dalla residenza) Codice Fiscale Telefono
cellulare.....e-mail.....
P.E.C.

Sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università dicon voto..... in data
- Di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico Chirurgo in data
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di dal numero iscrizione
- Di essere in possesso della specializzazione in Pediatria conseguita presso l'Università divotoin data.....;
- Di essere /non essere iscritto nella Graduatoria della Regione Piemonte per l'anno 2024 con il punteggio.....;

- Di essere iscritto al corso di Specializzazione inpresso
- Di avere / non avere procedimenti disciplinari o penali in corso;
- Di essere in possesso della patente di guida "B" (requisito).

Ulteriori informazioni.....

RICHIEDE:

di essere inserito nelle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi, provvisori o di sostituzione, nella medicina pediatrica di libera scelta, anno 2024;

Si impegna a comunicare tramite PEC, all'ASL VC entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle informazioni fornite.

E' consapevole che all'atto dell'assegnazione dell'incarico non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N.

Allega alla presente fotocopia di un documento di identità valido (entrambe le facciate) e fotocopia della patente di guida.

Data

Firma

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO
ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 642/1972
DICHIARAZIONE
ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e D.M. 10/11/2011

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. _____

nata/o il _____ a _____ (Prov. ____) M • F •

Codice Fiscale _____

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo la seguente modalità:

imposta di bollo assolta in modo virtuale, tramite apposizione e annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuto presso il mittente a disposizione degli organi di controllo; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16 applicata ha IDENTIFICATIVOemessa il ___/___/___

DICHIARA, INFINE,

che la marca da bollo sopra indicata è utilizzata esclusivamente per la presentazione della domanda in argomento (_____)

di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ Firma per esteso _____