

Azienda sanitaria locale 'VCO'

**AVVISO PUBBLICO PER FORMAZIONE GRADUATORIA AZIENDALE
CONFERIMENTO INCARICHI DIVERSI ANNO 2024.**

In esecuzione della determinazione n. 168 del 29.01.2024 è indetto avviso pubblico per la formazione di graduatoria valida per l'anno 2024 da utilizzarsi per:

- a) il conferimento di incarichi provvisori e di **sostituzione** nel Servizio di Continuità Assistenziale, ai sensi dell'art. 19 ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 28/04/2022 e s.m.i. anche relativamente alla Pediatria di Gruppo e/o Medicina di Gruppo;
- b) il conferimento di incarichi provvisori nel Servizio di Assistenza Primaria ai sensi dell'art. 37 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 28/04/2022 e s.m.i.;
- c) il conferimento di incarichi per l'assistenza sanitaria in località a forte afflusso turistico a favore di cittadini non residenti;
- d) il conferimento di incarichi per attività di assistenza sanitaria penitenziaria;
- e) il conferimento di incarichi di assistenza agli ospiti convenzionati presso le Residenze Sanitarie Assistenziali locali.
- f) il conferimento degli incarichi per attività sperimentale di presenza in DEA/PS ai sensi della D.G.R. 14.12.2018 n. 60-8114.

La graduatoria sarà utilizzata esclusivamente per il conferimento di incarichi provvisori conseguenti al verificarsi di posti carenti ovvero ore vacanti, tenuto conto per la continuità Assistenziale delle linee di indirizzo Regione Piemonte n. 25804/DB 2016 del 12/11/2013, n. 28888/DB 20.16 del 30/12/2013, n. 3323A/14050 del 18/02/2015.

I medici interessati potranno inviare apposita domanda dichiarando ovvero allegando, nei casi previsti, il possesso dei requisiti specifici. Le domande di partecipazione dovranno pervenire entro le ore 12.00 del 30° giorno successivo alla data di pubblicazione sul B.U.R. e dovranno essere indirizzate all'Azienda Sanitaria Locale VCO, Ufficio Protocollo via Mazzini n. 117 – 28887 Omegna. Potranno essere trasmesse anche tramite posta elettronica certificata (P.E.C.) all'indirizzo protocollo@pec.aslvco.it.

In quest'ultimo caso l'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, che sarebbero stati oggetto dell'invio cartaceo, deve avvenire in file/s in formato PDF. A tal fine sono consentite le seguenti modalità di predisposizione del/i file/s in PDF da inviare:

1. sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;
2. sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Nella PEC di trasmissione della domanda l'oggetto dovrà chiaramente indicare l'avviso pubblico al quale si chiede di partecipare, nonché nome e cognome del candidato.

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

La ricevuta di ritorno sarà inviata automaticamente dal gestore PEC.

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

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

Gli incarichi saranno conferiti all'atto delle necessità attingendo dalla graduatoria secondo l'ordine di posizione della stessa.

Nella domanda, redatta in carta libera, gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità i dati e le informazioni contenute nel modello di domanda, allegato 1) al presente avviso. Le autocertificazioni e le dichiarazioni dovranno essere rese, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i., su foglio o su modulo distinto da quelli della domanda. La mancata partecipazione

all'avviso degli iscritti alla graduatoria regionale vigente verrà considerata come rinuncia (art. 19 comma 7 A.C.N. Medicina Generale).

La graduatoria sarà redatta secondo i contenuti del presente avviso e nel rispetto dei criteri previsti dal vigente Accordo Collettivo Nazionale, dal vigente Accordo Integrativo Regionale nonché da quelli indicati nel vigente Accordo Aziendale approvato con Determinazione n. 1209 del 11/11/2013.

Ai sensi della Legge n. 196 del 30/06/2003 (Legge sulla Privacy) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione saranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione.

Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla sede operativa di Verbania S. Anna – 0323/541457 – 0323/541472.

L'ASL VCO si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare o modificare il presente bando o parte di esso, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità.

**IL DIRETTORE SOC DISTRETTO VCO
(Dr. PAOLO BORGOTTI)**

AL DIRETTORE GENERALE

A.S.L. V.C.O.

Via Mazzini, 117

28887 - OMEGNA (VB)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, con riferimento all'Avviso Pubblico apparso sul B.U.R. Piemonte n. _____ del _____ rivolge domanda di ammissione ai fini dell'inserimento nella relativa graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato per:

- a) attività collegate alla Medicina di Gruppo e/o Pediatria di Gruppo dell'ASL VCO.
- b) incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale), ai sensi dell'art. 19 ACN del 28/04/2022 e s.m.i.
- c) incarichi provvisori nel Servizio di Assistenza Primaria a ciclo di scelta ai sensi dell'art. 37 dell'ACN del 28/04/2022 e s.m.i.
- d) assistenza sanitaria in località a forte afflusso turistico a favore di cittadini non residenti (Guardia medica turistica).
- e) attività di assistenza sanitaria penitenziaria.
- f) assistenza agli ospiti convenzionati presso le Residenze Sanitarie Assistenziali locali nel caso di esaurimento della graduatoria dei medici di assistenza primaria.
- g) conferimento di incarichi per attività sperimentale di presenza in DEA/PS ai sensi della D.G.R. 14.12.2018 n. 60-8114.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445: (nei casi negativi barrare azzerando nello spazio dedicato per la risposta)

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di essere residente a _____ in via _____ n. _____;
- 3) di essere iscritto/a nella graduatoria regionale definitiva medici di continuità assistenziale valida per l'anno in corso alla posizione n. _____ con punti _____;
- 4) di aver conseguito in data _____ la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ riportando il seguente voto _____;

- 5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo il _____;
- 6) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n. _____;
- 7) di aver conseguito, in data _____ l'attestato di formazione in medicina generale presso l'Università degli Studi di _____;
- 8) di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 9) di essere iscritto/a al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 10) di essere/non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente o convenzionato con _____ dal _____;
- 11) di prestare servizio presso:

_____;
- 12) di essere titolare di incarico di assistenza primaria con massimale di n. _____ scelte in carico con riferimento al mese di Dicembre 2023 e di non svolgere altre attività che comportino riduzione del massimale;
- 13) di essere titolare di incarico di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale senza altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale per n. _____ ore settimanali;
- 14) di essere titolare di incarico di assistenza primaria o di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale dal _____ (indicare giorno, mese ed anno);
- 15) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni (escluse quelle in ambito pediatrico):

_____;

16) di non trovarsi nella posizione di incompatibilità di cui all'art. 21 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;

17) di indicare come recapito telefonico il n. _____ e di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo:

Comune _____ via/piazza _____ n. _____

email _____

PEC _____

Distinti saluti.

_____, li _____

Firma _____