

REGIONE PIEMONTE BU18 02/05/2024

Azienda sanitaria locale 'AL'

Avviso pubblico per il conferimento di n. 4 incarichi provvisori di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta per ambiti territoriali ASL AL

Documento allegato

Azienda Sanitaria Locale AL

Avviso pubblico per il conferimento di n. 4 incarichi provvisori di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta per ambiti territoriali ASL AL

Ai sensi della norma transitoria n. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito dalla Conferenza Stato – Regioni in data 04/04/2024, è indetto avviso pubblico per il conferimento di n. 4 incarichi provvisori di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta, come di seguito specificato:

- n. 1 incarico per l'ambito di Ovada, Distretto Acqui – Ovada, dal 01/06/2024;
- n. 1 incarico per l'ambito di Viguzzolo, Distretto Novi – Tortona, dal 01/06/2024;
- n. 1 incarico per l'ambito di Alluvioni Piovera, Distretto Novi – Tortona, dal 01/07/2024;
- n. 1 incarico per l'ambito di Arquata Scrivia, Distretto Novi – Tortona, dal 01/07/2024.

Ciascun incarico ha durata presunta di 1 anno, o inferiore in caso di sopraggiunta accettazione della zona carente.

L'incarico sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria 2024 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, dal 3° anno al 1°, esclusiva mente nella Regione Piemonte;

In caso di mancanza di candidati di cui ai punti precedenti, saranno prese in considerazione le domande presentate da medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

Gli interessati dovranno presentare domanda al seguente indirizzo PEC: aslal@pec.aslal.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 in corso di validità.

Le domande dovranno PERVENIRE **entro le ore 12 del 10° giorno successivo alla pubblicazione sul BURP**, risultante dalla ricevuta di avvenuta consegna del messaggio alla casella PEC dell'Azienda.

L'ASL 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 l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Convenzioni MMG-PLS – Alessandria, tel. 0131 307459 – 307422, mail convenzionemedici@aslal.it

Il Responsabile S.S. CUN
Dott.ssa Annamaria MILANESE

OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n. 4 incarichi provvisori di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta per ambiti territoriali ASL AL

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____

Laureato il _____ università _____ punteggio _____

Iscritto all'Albo Professionale di _____ al n. _____

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico per uno, o più, dei seguenti incarichi (contrassegnare le opzioni prescelte):

- $\frac{1}{3}$ n. 1 incarico per l'ambito di **Ovada**, Distretto Acqui – Ovada, **dal 01/06/2024**;
- $\frac{1}{3}$ n. 1 incarico per l'ambito di **Viguzzolo**, Distretto Novi – Tortona, **dal 01/06/2024**;
- $\frac{1}{3}$ n. 1 incarico per l'ambito di **Alluvioni Piovera**, Distretto Novi – Tortona, **dal 01/07/2024**;
- $\frac{1}{3}$ n. 1 incarico per l'ambito di **Arquata Scrivia**, Distretto Novi – Tortona, **dal 01/07/2024**;

e, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara (selezionare le voci di interesse e completare):

- $\frac{1}{3}$ Di essere iscritto/a nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2024 nel numero di posizione _____ con punteggio _____;
- $\frac{1}{3}$ Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma di aver acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data _____
- $\frac{1}{4}$ Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma regolarmente iscritto al triennio di formazione in medicina generale Regione Piemonte, al 1° 2° 3° anno di corso
- $\frac{1}{4}$ Di non essere inserito/a in detta graduatoria, né iscritto al triennio di formazione in medicina generale, ma di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale e laureato successivamente al 31/12/1994 (specificare) _____
- $\frac{1}{3}$ Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 21 del vigente ACN MMG

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Email _____

PEC _____

Data _____ firma _____

ALLEGARE:

- 1. SCANSIONE DOCUMENTO IDENTITA'**
- 2. Modello "AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA", debitamente compilato e sottoscritto**

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____
residente in _____ Via/piazza _____
iscritto all'Albo dei medici della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.
445, dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto nella norma finale n. 1 e norme transitorie n.1 e n. 2 dell'ACN MMG 28/04/2022: Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico (a tempo indeterminato – temporaneo – provvisorio) come medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex assistenza primaria – medicina di base) ai sensi del relativo ACN con massimale di n. ____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo ACN con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2): Azienda _____ branca _____ ore sett. _____ Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2): Provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 c. 5 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni: Azienda _____ Via _____ tipo di attività _____ periodo: dal _____

7) essere - non essere (1) titolare di incarico nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale - guardia medica), nell'emergenza sanitaria territoriale o nella medicina penitenziaria a tempo indeterminato - a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a:

- corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91: Regione in cui viene svolto il corso: _____ Inizio: dal _____

- corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo 368/99: Denominazione del corso: _____ Soggetto pubblico che lo svolge _____ Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lvo. 502/92 e successive modificazioni (2): Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal: _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 L. 833/78 (2): Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal: _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.L.vo 9 aprile 2008 n. 81: Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____ periodo dal: _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2) Azienda _____ Comune di _____ periodo dal: _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2) _____ periodo dal: _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: _____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale: periodo dal: _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna) _____ periodo dal: _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2): Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____ tipo di attività: _____ periodo dal: _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7): Soggetto pubblico _____ Via _____ Comune _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal : _____

19) avere/non avere riportato condanne penali (se sì specificare quali):

20) di avere/non avere procedimenti penali in corso (se sì specificare quali):

21) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2) _____ periodo: dal _____

22) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15 (2): soggetto erogante il trattamento pensionistico _____
pensionato dal _____

NOTE: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede data _____ firma _____

(3) (1) cancellare la parte che non interessa.

(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE". (3) la firma deve essere corredata da fotocopia di valido documento di identità.