

Azienda sanitaria locale 'AT'

**AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO AL CONFERIMENTO DI N.1 INCARICO A TEMPO DETERMINATO PER L' ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA PRESSO L'AMBITO TERRITORIALE N.2 DI ASTI SUD, AI SENSI DELL'ART. 37 A.C.N. MMG DEL 2024, CON APERTURA AMBULATORIO NEI COMUNI DI CESSOLE, LOAZZOLO E VESIME, CON DECORRENZA DAL 07/10/2024**

In esecuzione della Determinazione S.C. Distretto ASL AT n.1347 del 09/08/2024 è indetto Avviso pubblico finalizzato al conferimento di n.1 incarico a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta, ai sensi dell'art 37 ACN MMG 2024, nell'ambito territoriale di scelta n.2 di Asti Sud con indicazione di apertura ambulatorio nei Comuni di Cessole, Loazzolo e Vesime, con decorrenza 7/10/2024, a seguito di dimissioni del medico titolare dell'incarico provvisorio assegnato a seguito di pensionamento di un medico di assistenza primaria a ciclo di scelta operante nel suddetto ambito.

L'incarico avrà **decorrenza dal 07/10/2024** e fino al momento in cui verrà individuato il medico avente diritto all'inserimento, a seguito di pubblicazione della zona carente, e comunque per un periodo fino a 12 mesi.

**REQUISITI PER L'AMMISSIONE**

L'incarico sarà conferito, ai sensi dell'art. 19, comma 6, ACN MMG 2024, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale vigente 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 esclusivamente nella Regione Piemonte;

In caso di mancanza di candidati di cui alle categorie precedenti saranno prese in considerazione le domande presentate da:

- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994.

I medici di cui alla lettera c) saranno graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) e, successivamente secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente, nell'ASL AT, nella Regione Piemonte ed infine fuori Regione.

I medici di cui alle lettere b) e d) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente, nell'ASL AT, nella Regione Piemonte ed infine fuori Regione.

**PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA** Gli interessati dovranno presentare domanda, in bollo da euro 16,00, al seguente indirizzo PEC: [protocollo@pec.asl.at.it](mailto:protocollo@pec.asl.at.it)

utilizzando il fac simile allegato unitamente a copia di un documento d'identità in corso di validità.

**Le domande potranno essere presentate entro e non oltre il ventesimo giorno successivo alla data della pubblicazione del presente Avviso sul BURP**

I dati personali trasmessi dai concorrenti con le domande di partecipazione all'avviso saranno trattati per le finalità della procedura selettiva nel rispetto della normativa sulla privacy.

L'amministrazione dell'ASL AT si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente avviso 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 i medici interessati potranno rivolgersi alla S.C Distretto ASL AT telefonando al nr. 0141-484410/4440/4425.

Il Direttore  
S.C. DISTRETTO ASL AT  
Dott.ssa Elena TAMIETTI

Marca da bollo da 16€

Spett.le ASL AT  
S.C. DISTRETTO ASL AT  
Via Conte Verde n.125  
14100 ASTI

Pec: protocollo@pec.asl.at.it

OGGETTO: Domanda finalizzata al conferimento di n.1 incarico a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta presso l'ambito territoriale di scelta nr. 2 di Asti Sud, ai sensi dell'art 37 ACN MMG 2024, con indicazione di apertura ambulatorio nei Comuni di Cessole, Loazzolo e Vesime, con decorrenza dal 07/10/2024.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico in oggetto , pubblicato sul BURP n..... del ..... e, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Di essere iscritto/a nella Graduatoria unica Regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2024, nel numero di posizione _____ con punteggio _____</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Di non essere inserito/a nella suddetta 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 _____</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Di essere /non essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Piemonte _____ al 1° 2° 3° anno di corso</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di ..... in data ..... con votazione ..... e di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale di _____ al numero _____ in data _____</li></ul>   |

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 21 del vigente ACN MMG</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Di svolgere attualmente la seguente attività</li> </ul> <hr/> <hr/> <hr/>

Data

Firma

Allegati:

1) Fotocopia documento di identità

INFORMATIVA: ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n.679 del 2016 e del D. Lgs n.196/2003 e s.m.i., i dati riportati verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura disciplinata dal presente Avviso.

**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 \_\_\_\_\_;

2.  Di aver provveduto ad annullare tale marca da bollo ed impegnarsi a conservare l'originale contestualmente alla domanda per l'inserimento nella presente graduatoria, 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 s.m.i 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.

