

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.5 DI ASTI NORD, AI SENSI DELL'ART 37 ACN MMG 2024, CON DECORRENZA DAL 20/01/2025 E CON APERTURA AMBULATORIO NEL COMUNE DI ANTIGNANO E REVIGLIASCO D'ASTI

In esecuzione della Determinazione S.C. Distretto ASL AT n. 2003 del 3/12/2024 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.5 di Asti Nord comprendente i Comuni di:

Antignano, Celle Enomondo, Cisterna d'Asti, Ferrere, Revigliasco d'Asti, San Damiano d'Asti, San Martino Alfieri, Tigliole, Baldichieri d'Asti, Cantarana, Capriglio, Castellerlo, Cortandone, Mareto, Monale, Montafia, Roatto, Villafranca d'Asti, Cellarengo, Dusino San Michele, San Paolo Solbrito, Valfenera, Villanova d'Asti

con indicazione di apertura dell'ambulatorio nei Comuni di Antignano e Revigliasco d'Asti, con decorrenza 20/01/2025, a seguito di recesso del medico avente l'incarico provvisorio di assistenza primaria a ciclo di scelta.

L'incarico avrà **decorrenza dal 20/01/2025** e fino al momento in cui verrà individuato il medico avente diritto all'inserimento, a seguito di ripubblicazione della zona carente, e comunque per un periodo inferiore a 12 mesi.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

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

- 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 che abbiano acquisito l'abilitazione 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 e 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 e 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 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 di 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' ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA PRESSO L'AMBITO TERRITORIALE N.5 DI ASTI NORD, AI SENSI DELL'ART 37 ACN MMG 2024, CON DECORRENZA DAL 20/01/2025 E CON APERTURA AMBULATORIO NEL COMUNE DI ANTIGNANO E REVIGLIASCO D'ASTI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ Via _____ dal _____

codice fiscale _____

domiciliato in _____ Via _____ n _____

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:

- Di essere iscritto/a nella Graduatoria unica Regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2024, nel numero di posizione _____ con punteggio _____

- 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 _____

<ul style="list-style-type: none"> • Di essere /non essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Piemonte al 1° 2° 3° anno di corso
<ul style="list-style-type: none"> • 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 _____
<ul style="list-style-type: none"> • Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 21 del vigente ACN MMG
<ul style="list-style-type: none"> • Di svolgere attualmente la seguente attività _____ _____ _____

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/aprov.....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 2016/679 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.