

Azienda sanitaria locale 'AT'

**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI O DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO L'ASL AT- ANNO 2025**

In esecuzione della determinazione S.C. Distretto ASL AT n.226 del 4/2/2025 è indetto presso l'ASL AT avviso pubblico finalizzato alla formazione di una graduatoria aziendale di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta - anno 2025

**REQUISITI PER L'AMMISSIONE**

Possono presentare domanda di partecipazione agli incarichi di cui trattasi i Pediatri iscritti all'Albo professionale secondo il seguente ordine di priorità, ai sensi dell'art. 19 comma 7 dell'A.C.N PLS 2024:

- a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025 (approvata con D.D. n. 809 del 26/11/24 pubblicata sul BURP n.48 del 28.11.2024) 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;
- c) pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

I pediatri di cui alle lettere b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

**PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

La domanda di partecipazione, redatta utilizzando l'allegato modulo, completa in ogni sua parte e provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (€16), deve pervenire entro e non oltre il **30° giorno decorrente dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte** unitamente ad un documento d'identità in corso di validità al seguente indirizzo di posta certificata aziendale (PEC):

**protocollo@pec.asl.at.it**

Qualora detto termine coincida con un giorno festivo si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda dovrà essere inviata esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC intestata all'istante) nel rispetto dell'art. 65 D. Lgs. nr. 82/05.

La validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del medico di una casella di posta elettronica certificata e personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice anche se indirizzata alla PEC aziendale.

Le domande dovranno essere in bollo e integrate con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze presentate tramite PEC".

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

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a fotocopia di valido documento di identità.

I dati personali richiesti verranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione nel rispetto della normativa sulla privacy.

Si specifica che:

- l'incarico si interrompe anticipatamente nel caso in cui venga inserito il pediatra titolare di incarico a tempo indeterminato;
- lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'ACN PLS per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta e dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti;
- la rinuncia alla singola chiamata non comporta la decadenza dalla graduatoria;
- ad ogni chiamata la convocazione avverrà secondo l'ordine della graduatoria originaria;
- l'Azienda si riserva la facoltà di emettere nuovo bando per l'aggiornamento della graduatoria qualora ne ravvisi la necessità.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per ogni ulteriore informazione gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Distretto ASL AT - tel. 0141/484410-484440-484425

IL DIRETTORE

S.C. DISTRETTO ASL AT

Dott.ssa Elena TAMIETTI

|                                                           |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Marca da bollo €16<br><br>P.E.C. protocollo@pec.asl.at.it | SPETT.LE ASL AT<br>S.C. DISTRETTO ASL AT<br>VIA CONTE VERDE NR. 125<br><br>14100 ASTI |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI O DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO L'ASL AT- ANNO 2025**

\_l\_ sottoscritto  
 (cognome)\_\_\_\_\_ (nome)\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ e

residente  
 in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Cod.  
 fisc. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

domiciliato in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Via  
 \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ;

in riferimento all'avviso pubblicato sul BURP nr..... del .....

**CHIEDE**

di essere inserito nella **Graduatoria aziendale di disponibilità – anno 2025** - per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione di **Pediatria di Libera Scelta presso l'ASL AT**

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n.445, il sottoscritto, ai sensi degli art. 46 e 47 del citato D.P.R n. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

### **DICHIARA**

1. Di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di ..... in data ..... con il seguente Voto .....

2. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di ..... con numero..... dalla data .....e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico

3. Di aver conseguito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti in data ..... con voto.....

4. Di essere/non essere inserito nella vigente Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2025 , al n..... con punteggio .....

5. Di aver acquisito il titolo di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale in data ..... con voto .....

6. Di essere/non essere iscritto al corso di specializzazione in pediatria presso l'Università di .....  
in caso affermativo precisare l'annualità:.....

7. Di svolgere attualmente le seguenti ulteriori attività .....  
.....  
.....

Data.....

Firma

.....

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità

N.B:

- Si allega fotocopia carta di identità in corso di validità,
- La presente domanda deve essere integralmente compilata, pena di esclusione dalla graduatoria: l'omissione di una o più delle dichiarazioni sopra indicate, così come la presentazione della domanda di partecipazione senza firma di sottoscrizione, comporterà l'esclusione dalla graduatoria.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i e del Regolamento UE2016/679 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.

**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 2025, 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.