

REGIONE PIEMONTE BU7 13/02/2025

Azienda sanitaria locale 'TO4'

Avviso pubblico finalizzato all'approvazione della graduatoria per il conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di San Mauro Torinese e limitrofi

Documento allegato

Avviso pubblico finalizzato all'approvazione della graduatoria per il conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di San Mauro e limitrofi

E' indetto presso l'ASL TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di San Mauro e limitrofi.

L'apertura degli ambulatori dovrà essere concordata con il Direttore del Distretto di Chivasso

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:

- a) Pediatri inseriti nella graduatoria regionale definitiva del Piemonte della Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2025 approvata con Determinazione Dirigenziale n. 809 del 26.11.2024 (pubblicata sul BURP n. 48 del 28.11.2024) secondo l'ordine di punteggio;
- b) Pediatri che hanno acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Detti aspiranti saranno graduati nell'ordine di anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età;
- c) Pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b)
- d) Medici iscritti al corso di specializzazione in Pediatria in applicazione dell'art. 4, comma 10, del D.L. 202 del 27.12.2024

I pediatri di cui ai punti b) e c) sono graduati nell'ordine dell'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 (€ 16,00) deve pervenire **entro e non oltre il 7° giorno** decorrente dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale, unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità, al seguente indirizzo di posta certificata aziendale (PEC): direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Le domande verranno valutate in subordine alla graduatoria aziendale di disponibilità 2025.

L'A.S.L. si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare e/o modificare il presente avviso, riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale (www.aslto4.piemonte.it).

I dati personali trasmessi dai concorrenti con le domande di partecipazione all'avviso saranno trattati per le finalità di gestione della procedura selettiva nel rispetto della normativa sulla privacy. Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Affari Istituzionali, Legali, CNU, - Settore CNU – email:medicidifamiglia@aslto4.piemonte.it – tel. 0125 414459.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Luigi VERCELLINO

(in originale firmato)



(marca da bollo € 16,00)

All' ASL TO4
Direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Domanda di inserimento nella graduatoria per il conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di San Mauro e limitrofi.

Il/la sottoscritto/a (Cognome)(Nome)..... nato/a il
..... a (Prov)

Codice fiscale M F

Residente a(Prov)

Via/P.zza.....n.(CAP).....

Cellulare.....PECemail

presenta domanda per il conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di San Mauro e limitrofi.

A tal fine dichiara:

- **Di aver conseguito** la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di in data riportando il seguente voto
- **Di essere iscritto** iscritto all'Ordine dei Medici di con numero dalla data e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- **Di possedere/ non possedere** la cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla U.E.;
- **Di essere /non essere** familiare di cittadini europei non aventi la cittadinanza in uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno permanente;
- **Di essere/ non essere** cittadino di Paesi terzi titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- **Di aver conseguito** la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti in data con voto
- **Di essere/non iscritto** al corso di specializzazione in Pediatria presso l'Università di

In caso di risposta affermativa, precisare, quale annualità si frequenta (prima, seconda, ecc)

- **Di essere/non essere** inserito nella vigente Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2025, al n..... con punteggio
- **Di svolgere** attualmente le seguenti ulteriori attività:dal..... al.....;

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale per false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi, dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data.....

Firma

Allega alla presente copia di documento di identità in corso di validità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 445 /2000)

Il/la sottoscritto/a

Cognome nome

nato/aprov.....il.....

residente avia

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 graduatoria per il conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di libera scelta, per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

.....

L'A.S.L.TO4 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.