

Azienda sanitaria locale 'AT'

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI UN (N.1) INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRA DI LIBERA SCELTA CONVENZIONATO – AMBITO TERRITORIALE PEDIATRICO DI ASTI CENTRO, CON APERTURA AMBULATORIO NEL COMUNE DI ASTI, CON DECORRENZA DAL 1/4/2025

In esecuzione della Determinazione S.C. Distretto ASL AT n. 252 del 7/2/2025 è indetto avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di Pediatra di Libera Scelta Convenzionato, ai sensi dell'art. 35 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 2024, per l'ambito territoriale Pediatrico di Asti Centro, comprendente, ai sensi della DGR 29-7384 del 07/04/2014, i Comuni di: Asti, Isola d'Asti e Mongardino d'Asti

Apertura ambulatoriale prevista nel Comune di Asti

L'incarico decorrerà dal 01.04.2025, a seguito n.1 dimissione del medico con incarico provvisorio (a seguito di pensionamento di n.1 medico pediatra titolare) e avrà durata massima inferiore a dodici mesi e potrà cessare anticipatamente per nomina dell'avente titolo all'incarico definitivo a seguito di assegnazione della zona carente in corso di pubblicazione.

L'incarico provvisorio sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità, ai sensi dell'art. 19 ACN PLS vigente:

- a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale vigente, 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 diverse dalla lettera b)

I Pediatri di cui alla lettera b) e c) saranno graduati, con priorità per i residenti nell'ambito territoriale in oggetto, nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

d) in via residuale, in caso di mancanza di domande, verranno prese in considerazione i medici iscritti al Corso di Specializzazione in Pediatria.

I Pediatri di cui alla lettera d) saranno graduati, con priorità per i residenti nell'ambito territoriale in oggetto, in ordine decrescente di annualità di corso ed eventualmente nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

La domanda di partecipazione al presente avviso, 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 15° giorno decorrente dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul BURP, unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità al seguente indirizzo di posta certificata aziendale

protocollo@pec.asl.at.it

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

La domanda dovrà essere inviata esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC), 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.

La domanda dovrà essere in bollo e integrata con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze presentate tramite PEC".

L'ASL declina ogni responsabilità per qualsiasi ritardo, mancato arrivo, disguidi dovuti a problemi postali e/o informatici.

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 ed in caso di rifiuto al trattamento si verrà esclusi dalla graduatoria.

L'Azienda 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 la necessità o l'opportunità, dandone notizia sul Sito Aziendale.

Per ogni eventuale informazione gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Distretto ASL AT, Via Conte Verde n. 125, Asti - Segreteria tel. 0141/484410-484440

IL DIRETTORE
S.C. DISTRETTO ASL AT
Dott.ssa Elena TAMIETTI

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

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRA DI LIBERA SCELTA NELL'AMBITO TERRITORIALE PEDIATRICO DI ASTI CENTRO CON APERTURA AMBULATORIO NEL COMUNE DI ASTI CON DECORRENZA 1/04/2025

1 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. _____ e-mail _____

PEC _____ ;

presenta istanza di partecipazione all'Avviso pubblicato sul BURP n.....in data

per il conferimento di n.1 incarico provvisorio di pediatra di libera scelta convenzionato, ai sensi dell'art. 35 ACN PLS 2024, presso l'ambito territoriale pediatrico di Asti Centro con apertura dell'ambulatorio nel Comune di Asti con decorrenza dal 1/4/2025

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

- Di essere laureato/a in medicina e Chirurgia presso l'Università _____ in data _____ con votazione _____
- Di essere iscritto all'Albo professionale dei medici Chirurghi della provincia di _____ dal _____ al nr _____
- 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 presso l'Università di in data con voto
- di essere iscritto/a nella graduatoria regionale 2025 alla posizione n. _____ con punteggio _____
- Di non essere iscritto nella graduatoria regionale 2025
- Di frequentare la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente presso l'Università di annualità.....
- di avere/non avere procedimenti disciplinari o penali in corso.....
- Di svolgere attualmente le seguenti attività

Data.....

Firma

.....

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia 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 UE2016/67P 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.

**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 _____;

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 smi 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.

