

Azienda sanitaria locale 'AL'

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA DISPONIBILI ALL'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI O DI SOSTITUZIONE – ANNO 2025

In esecuzione della determinazione n. 465 del 01/04/2025, ai sensi dell'art. 19 comma 7 dell'A.C.N. PLS del 25/07/2024 è indetto avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale, con validità per l'anno 2025, da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione di Pediatria di Libera scelta.

Nella graduatoria verranno inseriti:

- a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale 2025 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);
- d) medici iscritti al corso di specializzazione in Pediatria, come disposto da Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito dalla L. n. 27 del 24 aprile 2020, modificata in ultimo dalla L. n.15 del 21 febbraio 2025;

I pediatri di cui alla lettera b) e c) saranno graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età;

I medici di cui alla lett. d) saranno graduati nel rispetto dell'ordine di annualità di iscrizione al corso di specializzazione (quinta, quarta, terza, seconda, prima annualità), in base alla residenza nell'ambito carente, negli ambiti limitrofi e della minore età;

TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di inserimento nelle graduatorie di disponibilità dovrà essere redatta utilizzando l'allegato modulo, compilato in modo chiaro e leggibile in ogni sua parte e **provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (Euro 16,00).**

La domanda dovrà pervenire entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità, al seguente indirizzo di posta certificata (PEC) aziendale:

aslal@pec.aslal.it

con il seguente oggetto: **“Partecipazione all’avviso pubblico per l’iscrizione alla graduatoria aziendale ASL AL per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta”**.

Le domande che perverranno oltre il suddetto termine saranno registrate in ordine cronologico di ricezione ed utilizzate nel caso di carenza di disponibilità da parte dei medici inseriti nella graduatoria.

In caso di mancata accettazione di incarico convenzionale, i medici saranno collocati in fondo alla graduatoria e saranno ricontattati per eventuali ulteriori proposte di convenzionamento solo al termine dello scorrimento della graduatoria.

L’Azienda si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso, dandone notizia sul sito aziendale.

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

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.S. Convenzioni Uniche Nazionali – email convenzionemedici@aslal.it - tel. 0131 – 307459



Spett.le ASL AL
S.S. CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE
aslal@pec.aslal.it

OGGETTO: Partecipazione all' avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale di Pediatri di Libera Scelta disponibili al conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione valida per l'anno 2025

Il/La sottoscritto/a Dott./ ssa.....
nato/a a.....Prov..... il
Codice Fiscale Residente a
Via.....n..... CAP
Tel.....E-mail.....
PEC.....

(per ogni comunicazione relativa al presente avviso)

VISTO L'AVVISO PUBBLICO, DI CUI ALL'OGGETTO, CHIEDE L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI O DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di.....in data.....con valutazione finale di.....;
2. di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di..... dal e di comunicare nell'immediatezza ogni variazione/cessazione/sospensione;
3. di essere/non essere (1) in possesso del titolo di specializzazione in Pediatria o titolo equipollente ottenuto in data.....presso l'Università di.....;
4. di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno 2025 con punti
5. di essere/non essere (1) iscritto al corso di Specializzazione in Pediatria di cui al D.L. n. 257/1991 e corrispondenti norme di cui al D.L. n. 368/1999:
annualità: 1° 2° 3° 4° 5°
soggetto pubblico che lo svolge.....
con inizio dal
6. di essere/non essere (1) titolare di incarico nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta ai sensi del relativo A.C.N. 04/04/2024, con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese dipresso l'Azienda.....;

7. di essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico Pediatra di libera scelta ai sensi del relativo A.C.N., con massimale di n.....scelte e con n scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di..... presso l'Azienda.....;
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico nella Medicina dei Servizi a tempo indeterminato/determinato presso l'ASL..... per n. ore settimanali

Note

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Mi impegno a comunicare tramite PEC all'ASL, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autentica qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Sono consapevole che all'atto dell'assunzione non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità di cui all'art. 20 ACN 25/07/2024;

si allega alla presente domanda:

Copia fotostatica di valido documento di identità;

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASL AL ed Enti o Aziende collegate per finalità inerenti al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente domanda, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato.

I dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679.

(1) Cancellare la parte che non interessa

Luogo e data _____

FIRMA
