

Azienda sanitaria locale 'AT'

AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALLA PREDISPOSIZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (A CICLO DI SCELTA E AD ATTIVITA' ORARIA) E DI ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA- ANNO 2026

In esecuzione di quanto disposto con Determinazione S.C Distretto ASL AT n. 1994 del 18/12/2025 è indetto presso l'ASL AT un avviso pubblico finalizzato alla predisposizione di tre distinte graduatorie aziendali aperte di disponibilità, da utilizzarsi per l'anno 2026, per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato o di sostituzione presso i seguenti Servizi:

- 1) Assistenza Primaria a ciclo di Scelta
- 2) Assistenza Primaria ad attività Oraria
- 3) Assistenza Sanitaria Penitenziaria

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

I criteri utilizzati per redigere le suddette graduatorie sono quelli di cui all'art.19 comma 6 dell'ACN MMG 4/04/2024 e dell'art. 5 dell'AIR recepito con D.G.R 27 maggio 2024 n.31-8647 e precisamente:

- 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 o titolo equipollente;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono; fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni;

Ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L.28 dicembre 2001, n.448:

- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994,
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

All'interno della sezione c) è data priorità ai medici secondo il seguente ordine:

- iscrizione al 3° anno del corso di formazione specifica in medicina generale
- iscrizione al 2° anno del corso di formazione specifica in medicina generale
- iscrizione al 1° anno del corso di formazione specifica in medicina generale

L'incarico viene proposto, all'interno dell'ordine di priorità della graduatoria (a,b,c,d,e) prioritariamente ai medici residenti nell'ambito territoriale carente, nell'ASL, nella Regione Piemonte ed infine fuori Regione Piemonte. A parità di residenza prevalgono nell'ordine: la minore età alla laurea, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea ai sensi dell'art. 20, comma 6 ACN vigente

I candidati potranno iscriversi a più di una delle tre graduatorie per le quali questo Avviso è stato bandito.

Saranno formulate tre graduatorie indipendenti:

- a) medici di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato o di sostituzione;
- b) medici di Assistenza Primaria ad Attività Oraria (ex continuità assistenziale) per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato;

c) medici di Assistenza Sanitaria Penitenziaria per il conferimento di eventuali incarichi provvisori o a tempo determinato.

La suddetta graduatoria, sulla base dell'intervenuto Accordo Aziendale con le OO.SS. dei medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, siglato in data 25/11/2025 in sede del Comitato Aziendale MMG, è "aperta" in quanto verrà mensilmente elaborata, per ciascuna categoria di medici (di assistenza primaria a ciclo di scelta, ad attività oraria e di assistenza sanitaria penitenziaria) con le domande pervenute entro il giorno 10 di ogni mese e potrà essere utilizzata mensilmente dall'Azienda, e per tutto l'anno 2026, per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato o di sostituzione, secondo le necessità aziendali presso i suddetti Servizi, per la durata massima annuale.

L'Azienda si riserva la facoltà altresì di attingere dalla graduatoria aperta di disponibilità di Assistenza Primaria ad Attività Oraria e a Ciclo di Scelta per ogni necessità di copertura dell'ambulatorio "I.S.I." (Informazione Salute Immigrati) e dell'ambulatorio "Codici Bianchi" che si svolgono presso il P.O. "Cardinal Massaia" di Asti.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE.

I medici interessati potranno presentare 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), a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente Avviso sul sito aziendale alla voce "Concorsi e selezioni- Bandi personale convenzionato" e per tutto l'anno 2026.

Il presente bando verrà pubblicato altresì sul BURP .

La domanda, indirizzata all'Azienda Sanitaria Locale AT di Asti – Direttore della S.C. Distretto, dovrà essere inviata esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC intestata all'istante) nel rispetto dell'art. 65 D. Lgs. nr. 82/05, avendo cura di allegare copia di un documento di identità in corso di validità, al seguente indirizzo di posta:

protocollo@pec.asl.at.it

Se la scadenza coincide con un giorno festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

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

Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico. Lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'A.C.N. MMG per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti.

L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, modificare, sospendere o revocare il presente Avviso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, dandone notizia sul sito aziendale.

Ai sensi della legge n.196 del 30.06.2023 (legge sulla privacy) i dati personali indicati nella domanda verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura di selezione disciplinata dal presente Avviso.

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

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

MARCA DA BOLLO €16	SPETT.LE ASL AT S.C. DISTRETTO ASL AT protocollo@pec.asl.at.it
--------------------------	--

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE AZIENDALI DI DISPONIBILITA' DELL'ASL AT PER IL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (A CICLO DI SCELTA E AD ATTIVITA' ORARIA) E DI ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA- ANNO 2026

l sottoscritto (cognome)_____ (nome)_____

nat_ a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ prov _____ Via _____

_____ n. _____ c.a.p. _____

Codice fiscale _____

domiciliato in _____ prov _____ Via _____

nr. _____ c.a.p. _____

cell. _____

e-mail _____

PEC _____ ;

VISTO l'avviso pubblico di cui all'oggetto pubblicato in data _____ sul sito aziendale alla voce "Concorsi e Selezioni-Bandi personale convenzionato" e altresì sul BURP n. _____ del _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità dell'ASL AT (barrare la/e voce/i di interesse):

- per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato o di sostituzione di Assistenza Primaria a ciclo di Scelta
- per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato di Assistenza Primaria ad Attività Oraria (ex Continuità Assistenziale)
- per il conferimento di eventuali incarichi provvisori o a tempo determinato di Assistenza Sanitaria Penitenziaria

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 essere** in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con votazione _____;
2. **Di avere** compiuto alla data del conseguimento del Diploma di Laurea, n. _____ anni di età;
3. **Di aver** conseguito l'Abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo in data _____ a _____;
4. **Di essere** iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ dal _____ al nr. _____ e di comunicare nell'immediatezza ogni variazione/cessazione/sospensione;
5. **Di essere/non essere** iscritto nella graduatoria della Regione _____ valida per l'anno 2025 al n. _____ con punteggio _____;
6. **Di essere/non essere** in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito in data _____ presso la Regione _____;
7. **Di essere/non essere** in possesso di titolo equipollente;
8. **Di essere/ non essere** iscritto al corso di Formazione specifica in Medicina Generale della Regione _____, dal _____ annualità di frequenza _____:
- ai sensi del D.L. 135/2018 convertito con L.12/2019
- ai sensi del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019
8. **di aver/non aver acquisito** l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
9. **Di essere/non essere** iscritto al corso di Specializzazione in _____ presso l'Università di _____ dal _____;
10. **di aver/non aver** riportato condanne penali _____;

11. **di non essere/essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

_____;

12. **di essere/non essere** a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico

_____;

13. **di aver/non aver** subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale

_____;

14. **di aver/non aver** subito provvedimenti di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego

_____;

15. **di aver/non aver** situazioni di incompatibilità con l'incarico di cui al presente avviso, ai sensi dell'art. 21 del vigente ACN MMG 4/4/2024

_____;

16. **Di essere/non essere** titolare di incarico nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta ai sensi del vigente ACN 4/4/2024, presso l'ASL _____con massimale di n. _____ scelte e con n. di scelte in carico _____;

17. **Di essere/non essere** titolare di incarico come Medico Pediatra di Libera Scelta, ai sensi del vigente ACN PLS, presso l'ASL _____con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico _____;

18. **Di svolgere/non svolgere** attualmente la seguente attività _____ dal _____ al _____;

19. **Di avere /non avere** altri rapporti con il SSN od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività _____ dal _____;

20. **di aver/non aver** svolto la seguente pregressa attività nell'ambito della Sanità Penitenziaria

Sede
Impegno orario sett.....
Dal.....al.....
Dal..... al.....
Dal.....al.....

Note

.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto si impegna a comunicare, entro 10 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

Il sottoscritto si impegna, ove richiesto, a presentare la documentazione probatoria dei titoli e servizi dichiarati

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 UE2016/679 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.

L'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:

Via.....nr.....

Località.....

Prov.....CAP.....

TEL.....

PEC.....

Data _____ Firma _____

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 presente graduatoria aziendale, 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 smi 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.