

Azienda sanitaria locale 'TO4'

Avviso pubblico finalizzato all'approvazione della graduatoria 2026 da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

E' indetto presso l'ASL TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Gli incarichi saranno conferiti e le sostituzioni saranno affidate secondo il seguente ordine di priorità, ai sensi dell'art. 19, comma 6 dell'A.C.N. del 4.04.2024 e dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, di cui alla D.G.R. N. 31-8647/2024/XI del 27.05.2024:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva del Piemonte dei medici di Medicina Generale valida per l'anno 2026 approvata con Determinazione Dirigenziale n. 676 del 10.11.2025 (pubblicata sul BURP n. 47 del 20.11.2025) secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici non iscritti in graduatoria regionale, che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale o equipollente;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale esclusivamente nella Regione Piemonte;
- d) medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale in altre Regioni (solo per affidamento di sostituzioni);
- e) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
- f) medici iscritti ai corsi di specializzazione universitaria.

I medici di cui alle lettere b),e) ed f) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

I medici di cui alle lettere c) e d) saranno graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) e, successivamente, secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

L'incarico viene proposto, all'interno dell'ordine di priorità della graduatoria (a,b,c,d) prioritariamente ai medici residenti nell'ambito carente (ovvero nel Distretto per l'attività oraria), nell'ASL TO4, in seguito nella Regione Piemonte e da ultimo fuori Regione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

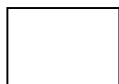
La domanda di partecipazione, redatta utilizzando l'allegato modulo, completa in ogni sua parte e provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (€ 16,00) dovrà pervenire **entro e non oltre il 30° giorno** decorrente dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente 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

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. Amministrazione del Personale - Settore CNU – email:medicidifamiglia@aslto4.piemonte.it – tel 0125 414459.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Luigi VERCELLINO



(marca da bollo da 16 €)

All'ASL TO4

direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Domanda di inserimento nelle graduatorie aziendali 2026 da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato o di sostituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

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
.....

**CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DEL RUOLO
UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA – ANNO 2026**

(inclusi incarichi di disponibilità a sostituzione generica secondo il Regolamento Aziendale di Assistenza Primaria a quota oraria)

A tal fine dichiara:

- **Di aver conseguito** la laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di in datariportando il seguente voto.....;
- **Di aver acquisito** l'abilitazione professionale in data
- **Di essere** iscritto all'Ordine dei Medici di al 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 essere/non essere** inserito nella graduatoria regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2026 al n..... con punteggio
- **Di essere/non essere** in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito in data.....;
- **Di essere / non essere iscritto** al corso di Formazione specifica in Medicina Generale della Regione , ☐ ai sensi del D.L. 135/2018, convertito con L. 12/2019 o ☐ ai sensi del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019. **In caso di risposta affermativa precisare:**
 - se si frequenta la prima – seconda – terza annualità.....;
 - Data effettiva di inizio corso.....;
- **Di essere/non essere** in possesso di titolo equipollente,

- **Di essere/non essere iscritto** al corso di specializzazione in dal;
- **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 aziendale 2026**

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.