

REGIONE PIEMONTE BU4 29/01/2026

Azienda sanitaria locale 'AT'

**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA AZIENDALE DI
DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI O DI
SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO L'ASL AT- ANNO 2026**

Documento allegato

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI O DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO L'ASL AT- ANNO 2026

In esecuzione della determinazione S.C. Distretto ASL AT n. 63 del 19/01/2026 è indetto presso l'ASL AT avviso pubblico finalizzato alla formazione di una graduatoria aziendale di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione di Pediatria di Libera Scelta - anno 2026

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, ai sensi dell'art. 19 comma 7 dell'A.C.N PLS 25/07/2024:

- a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale definitiva del Piemonte della pediatria di libera scelta valida per l'anno 2026 (approvata con D.D. n. 721 del 24/11/25, pubblicata sul BURP n.52 del 24.12.2025) 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).

In applicazione dell'art. 5, comma 8, del D.L. 200 del 31/12/2025:

- d) medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria.

I pediatri di cui alle lettere b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

I medici di cui alla lettera d) sono graduati nell'ordine di annualità di iscrizione al corso di specializzazione e della minore età.

L'incarico viene proposto, all'interno dell'ordine di priorità della graduatoria (a,b,c,d) con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione Piemonte ed infine fuori Regione (art .35 ACN PLS 2024)

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), deve pervenire entro e non oltre il **30° giorno decorrente dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte** unitamente ad un documento d'identità in corso di validità al seguente indirizzo di posta certificata aziendale (PEC):

protocollo@pec.asl.at.it

Qualora detto termine coincida con un giorno festivo si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda dovrà essere inviata esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC intestata all'istante) 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.

Le domande dovranno essere in bollo e integrate con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze presentate tramite PEC".

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

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 nel rispetto della normativa sulla privacy.

Si specifica che:

- l'incarico si interrompe anticipatamente nel caso in cui venga inserito il pediatra titolare di incarico a tempo indeterminato;
- lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'ACN PLS per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta e dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti;
- la rinuncia alla singola chiamata non comporta la decadenza dalla graduatoria;
- ad ogni chiamata la convocazione avverrà secondo l'ordine della graduatoria originaria;
- l'Azienda si riserva la facoltà di emettere nuovo bando per l'aggiornamento della graduatoria qualora ne ravvisi la necessità.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per ogni ulteriore informazione gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Distretto ASL AT - tel. 0141/484410-484440

IL DIRETTORE

S.C. DISTRETTO ASL AT

Dott.ssa Elena TAMIETTI

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

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI O DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO L'ASL AT- ANNO 2026

I 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 _____ ;

in riferimento all'avviso pubblicato sul sito aziendale alla voce "Concorsi e selezioni-Bandi personale convenzionato" in data _____ e sul BURP nr _____ del _____

CHIEDE

di essere inserito nella **Graduatoria aziendale di disponibilità – anno 2026** - per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione di **Pediatria di Libera Scelta presso l'ASL AT**

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 aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con il seguente Voto _____

2. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ con numero _____ dalla data _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico

3. Di aver conseguito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti in data _____ con voto _____

4. Di essere/non essere inserito nella vigente Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2025 ,
al n..... con punteggio

5. 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 in data con voto
.....

6. Di essere/non essere iscritto al corso di specializzazione in pediatria presso l'Università di
in caso affermativo precisare l'annualità:.....

7. Di svolgere attualmente le seguenti ulteriori attività
.....
.....

Data.....

Firma

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se 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 _____;

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 2026, 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.