

Azienda sanitaria locale 'VCO'

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA CON VALIDITA' PER L'ANNO 2026

In esecuzione della Determinazione n. 922 del 16/07/2026 è indetto avviso pubblico per la formazione di graduatoria valida per l'anno 2026 da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione nel Servizio di Assistenza Sanitaria Penitenziaria, ai sensi degli artt. 36 e 37 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 05/11/2025;

La graduatoria sarà utilizzata esclusivamente per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione conseguenti al verificarsi di posti carenti ovvero ore vacanti.

I medici interessati potranno inviare apposita domanda dichiarando ovvero allegando, nei casi previsti, il possesso dei requisiti specifici.

Le domande di partecipazione dovranno pervenire entro le ore 12.00 del 30° giorno successivo alla data di pubblicazione sul B.U.R. e dovranno essere indirizzate all'Azienda Sanitaria Locale VCO, Ufficio Protocollo in Via Mazzini n. 117 - 28887 Omegna. Potranno essere trasmesse anche tramite posta elettronica certificata (P.E.C.) all'indirizzo protocollo@pec.aslvco.it

In quest'ultimo caso l'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, che sarebbero stati oggetto dell'invio cartaceo, deve avvenire in file/s in formato PDF. A tal fine sono consentite le seguenti modalità di predisposizione del/i file/s in PDF da inviare:

1. sottoscrizione con firma digitale del candidato;
2. sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Nella PEC di trasmissione della domanda l'oggetto dovrà chiaramente indicare l'avviso pubblico al quale si chiede di partecipare, nonché nome e cognome del candidato.

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

La ricevuta di ritorno sarà inviata automaticamente dal gestore PEC.

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

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

Gli incarichi saranno conferiti all'atto delle necessità attingendo dalla graduatoria secondo l'ordine di posizione della stessa.

Nella domanda, redatta in carta libera, gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità i dati e le informazioni contenute nel modello di domanda, allegato A1) al presente avviso.

La mancata partecipazione all'avviso degli iscritti alla graduatoria regionale vigente verrà considerata come rinuncia (art. 19 comma 7 A.C.N. Medicina Generale).

La graduatoria sarà redatta secondo i contenuti del presente avviso e nel rispetto dei criteri previsti dal vigente Accordo Collettivo Nazionale, dal vigente Accordo Integrativo Regionale nonché da quelli indicati nel vigente Accordo Aziendale approvato con Determinazione n. 1209 del 11/11/2013.

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione saranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione.

Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla sede operativa di Verbania S. Anna – 0323/541472.

L'ASL VCO si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare o modificare il presente bando o parte di esso, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità.

IL DIRETTORE SOC DISTRETTO VCO
(Dott. Silvano ZANOLA)

Allegato A1)

AL DIRETTORE GENERALE
A.S.L. V.C.O.
Via Mazzini n. 117
28887 - OMEGNA (VB)
protocollo@pec.aslvco.it

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, con riferimento all'Avviso Pubblico apparso sul B.U.R. Piemonte n. _____ del _____ rivolge domanda di ammissione ai fini dell'inserimento nella relativa graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato per:

attività di assistenza sanitaria penitenziaria;

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445: (nei casi negativi barrare azzerando nello spazio dedicato per la risposta)

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di essere residente a _____ in via _____ n. _____;
- 3) di essere iscritto/a nella graduatoria regionale definitiva medici di Medicina Generale valida per l'anno in corso alla posizione n. _____ con punti _____;
- 4) di aver conseguito in data _____ la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ riportando il seguente voto _____;
- 5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo il _____;
- 6) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n. _____;
- 7) di aver conseguito, in data _____ l'attestato di formazione in medicina generale presso _____;
- 8) di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale al 1° [2°] [3°] [ann] presso _____;
- 9) di essere iscritto/a al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 10) di essere/non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente o convenzionato con _____ dal _____;

11) di prestare servizio presso:

_____;

12) di essere titolare di incarico di assistenza primaria con massimale di n. _____ scelte in carico con riferimento al mese di Dicembre 2025 e di non svolgere altre attività che comportino riduzione del massimale;

13) di essere titolare di incarico di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale senza altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale per n. _____ ore settimanali;

14) di essere titolare di incarico di assistenza primaria o di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale dal _____ (indicare giorno, mese ed anno);

15) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni (escluse quelle in ambito pediatrico):

_____;

16) di non trovarsi nella posizione di incompatibilità di cui all'art. 21 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di assistenza primaria;

17) di indicare come recapito telefonico il n. _____ e di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo:

Comune _____ via/piazza _____ n. _____

Email: _____

PEC: _____

Si allega copia di documento d'identità in corso di validità.

Distinti saluti.

_____, lì _____

Firma _____