Azienda sanitaria locale 'TO4'
Avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento di un incarico a tempo determinato di Assistenza primaria a ciclo di scelta nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di Nole, Fiano, Grosso, Mathi, Robassomero e Villanova Canavese, a decorrere dal 2.01.2027

E' indetto presso l'ASL TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento di un incarico a tempo determinato nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di Nole, Fiano, Grosso, Mathi, Robassomero e Villanova Canavese, a decorrere dal 2.01.2027

L'apertura degli ambulatori dovrà essere concordata con il Direttore del Distretto di Ciriè

REQUISITI PER L'AMMISSIONE
L'incarico a tempo determinato sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità:
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 che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
e) medici iscritti ai corsi di specializzazione universitaria.

I medici di cui alle lettere b), d) ed e) 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 alla lettere c) 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, 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 7° 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.

Le domande verranno valutate in subordine alla graduatoria aziendale di disponibilità 2026.

L'A.S.L. si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare e/o modificare il presente avviso, riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale (www.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

(firmato in originale)

(marca da bollo da 16 €)

All'ASL TO4

direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Domanda finalizzata al conferimento di un incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di Nole, Fiano, Grosso, Mathi, Robassomero e Villanova Canavese, a decorrere dal 2.01.2027

Il/la sottoscritto/a

(Cognome).....(Nome)…….....

nato/a il ..... a ..... (Prov) .....

Codice fiscale ……. M F

Residente a ……..

(Prov) ……

Via/P.zza……n.

……(CAP)……

Cellulare……PEC ….....

presenta domanda per il conferimento di un incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di Nole, Fiano, Grosso, Mathi, Robassomero e Villanova Canavese, a decorrere dal 2.01.2027

A tal fine dichiara:

- **Di aver conseguito** la laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di …… in data ……riportando 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/a ……prov…….il…….....

residente a ……via ……..

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 il conferimento di un incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.**

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.