

Modalità e domanda di partecipazione per il conferimento di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del Servizio di assistenza primaria ad attività oraria (pubblicazione SISAC 2023)

A conclusione delle procedure di assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria ad attività oraria ai sensi dell'art. 34 dell'ACN 28/04/2022, risultano ancora vacanti gli incarichi di seguito riportati:

AZIENDE SANITARIE LOCALI SERVIZIO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA	INCARICHI DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA VACANTI RESIDUATI (incarichi settimanali a 24 h)
ASL CITTA' DI TORINO	54
ASL TO3	34
ASL TO4	48
ASL TO5	33
ASL VC	22
ASL BI	15
ASL NO	39
ASL VCO	22
ASL CN1	42
ASL CN2	12
ASL AT	29
ASL AL	52

Secondo le disposizioni di cui all'art. 34, comma 17 dell'ACN vigente, al conferimento degli incarichi vacanti residuati di assistenza primaria ad attività oraria possono concorrere:

- a) i medici inseriti nelle graduatorie valide per l'anno 2023 di altre Regioni,
- b) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

Non possono partecipare i medici di assistenza primaria ad attività oraria titolari di incarico a tempo indeterminato.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, successivamente nella Regione e fuori Regione.

La domanda in bollo (Euro 16,00), secondo il fac-simile allegato , deve essere inviata ai Direttori generali delle ASL, competenti per territorio tramite PEC riportando nell'oggetto la dicitura *“Domanda per la partecipazione agli incarichi vacanti di assistenza primaria ad attività oraria residuati”*.

La suddetta domanda andrà presentata ai Direttori Generali delle ASL **entro 20 (venti) giorni dalla data di pubblicazione sul sito SISAC** così come previsto dal comma 17 dell'art. 34 dell'ACN vigente.

() L'inoltro della PEC va effettuato esclusivamente da PEC personale del concorrente.
La domanda deve essere scansionata - formato pdf - ed inoltre deve risultare evidente l'annullamento della marca da bollo: si consiglia pertanto di barrare la marca da bollo in modo che il tratto tracciato dalla penna fuoriesca dalla medesima proseguendo sulla parte bianca del foglio.*

REGIONE PIEMONTE

Marca da bollo Euro 16

PEC

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI VACANTI
RESIDUATI NEL SERVIZIO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (ai sensi
dell'art. 34, comma 17, dell'ACN 28/04/2022 – pubblicazione SISAC 2023)**

Al Direttore Generale
dell'ASL.....
.....
.....

Il/La sottoscritto dott./dott.ssa.....
Nato/a a.....prov.....il.....
residente aVia.....Prov.....
dal.....telefono n.
e-mail.....
PEC.....

PRESENTA DOMANDA

ai sensi dell'art. 34, comma 17, dell'ACN per la Medicina Generale 28/04/2022, in quanto:

(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

☐ **inserito in graduatoria di altra Regione in corso di validità**

☐ **in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale**

per l'assegnazione degli incarichi di assistenza primaria ad attività oraria, pubblicati nel BUR della Regione Piemonte n. 11, del 16 marzo 2023, e rimasti vacanti a seguito delle procedure di assegnazione svolte, ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettere a), b), e c) del vigente ACN

A.S.L.
A.S.L.
A.S.L.
A.S.L.
A.S.L.
(etc, etc)

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

DICHIARA
(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

☐ di **essere residente** nel Comune di.....prov.dal.....;

☐ di **non essere attualmente convenzionato** a tempo indeterminato per l'assistenza primaria ad attività oraria;

☐ di aver conseguito il **diploma di laurea** in Medicina e Chirurgia presso l'Università di.....
in datacon. voto di Laurea..... (specificare se il voto di laurea è espresso in 100 o 110).;

☐ di essere attualmente iscritto all'ordine dei Medici di.....dal

☐ di essere **inserito nella graduatoria della Regione**..... valevole per **l'anno 2023** con punti.....(da compilarsi da parte dei candidati inseriti in graduatoria di altra Regione in corso di validità);

☐ di essere in **possesso del titolo di formazione specifica in Medicina generale** di cui al D.Lgs n. 368/99 e s.m.i., conseguito presso la Regione..... in data.....(da compilarsi da parte dei candidati in possesso solo del titolo di formazione specifica in medicina generale);

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo PEC:

.....

In fede

Data.....

(firma per esteso)

Allegare copia fotostatica di un documento di identità del/la sottoscrittore/trice in corso di validità in formato pdf.

L'AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA RELATIVA ALLE POSIZIONI DI INCOMPATIBILITA' DOVRA' ESSERE PRODOTTA AL MOMENTO DELL'ASSAGNAZIONE DELL'INCARICO.