

## **MODALITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**I medici titolari di incarico a tempo indeterminato nella continuita' assistenziale**, ai sensi dell'art. 6, comma 3, lettera a) ACN 21 giugno 2018, interessati al conferimento degli incarichi nella Continuita' Assistenziale, **possono presentare alle ASL competenti per territorio**, che hanno disponibili gli incarichi vacanti, **domanda in bollo (€ 16) a mezzo raccomandata AR oppure tramite PEC (\*)** nel rispetto dell'art. 65, comma 1 del D.lgs 82/2005, secondo lo schema 1), **entro 20 giorni dal giorno successivo alla data di pubblicazione** della presente Determinazione sul B.U.R.P. ( fa fede la data del timbro postale).

**I medici inseriti nella Graduatoria Regionale Definitiva**, valida per l'anno 2020 (D.D. n. 1362 del 13 novembre 2020 "Approvazione della Graduatoria Regionale Definitiva, valida per l'anno 2021 – ACN per la disciplina dei rapporti dei medici di medicina generale ai sensi art. 8 del D.Lgs 502/92 e s.m.i.", pubblicata sul BUR della Regione Piemonte n. 47 del 19 novembre 2020), ai sensi dell'art. 6, comma 3, lettera b) ACN 21 giugno 2018, interessati al conferimento degli incarichi nella Continuita' Assistenziale, **possono presentare alle ASL competenti per territorio**, che hanno disponibili gli incarichi vacanti, **domanda in bollo (€ 16) a mezzo raccomandata AR oppure tramite PEC (\*)** nel rispetto dell'art. 65, comma 1 del D.lgs 82/2005, secondo rispettivamente lo schema 2), **entro 20 giorni dal giorno successivo alla data di pubblicazione** della presente Determinazione sul B.U.R.P. ( fa fede la data del timbro postale).

**I medici** destinatari della norma di cui all'art. 6, lettera c) ACN 21 giugno 2018, **che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale** valida per l'anno in corso **possono presentare alle ASL competenti per territorio**, che hanno disponibili gli incarichi vacanti, **domanda in bollo (€ 16) a mezzo raccomandata AR oppure tramite PEC (\*)** nel rispetto dell'art. 65, comma 1 del D.lgs 82/2005, secondo lo schema 3), **entro 20 giorni dal giorno successivo alla data di pubblicazione** della presente Determinazione sul B.U.R.P. (fa fede la data del timbro postale).

Il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e s.m.i..

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

Marca da bollo € 16

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI VACANTI NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER TRASFERIMENTO**

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Locale  
.....  
.....

Il sottoscritto ..... nato  
a.....il.....residente a.....  
Via.....Prov.....dal.....  
telefono n. ....e-mail.....

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

ai sensi e per gli effetti dell'art. 6, comma 3, lettera a) del vigente ACN, sancito con Intesa del 21 giugno 2018

**chiede**

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base degli incarichi vacanti (pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. ....del .....).

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

**dichiara**

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data .....voto di Laurea.....;
- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici di.....dal .....
- di essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale ..... di .....dal .....  
(*detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1*);
- di essere stato titolare di incarico nella Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso:

l'Azienda Sanitaria Locale ..... di ..... dal ..... al.....  
l'Azienda Sanitaria Locale ..... di ..... dal ..... al.....  
l'Azienda Sanitaria Locale ..... di ..... dal ..... al.....  
l'Azienda Sanitaria Locale ..... di ..... dal ..... al.....  
l'Azienda Sanitaria Locale ..... di ..... dal ..... al.....

(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1);

con una anzianità complessiva pari a :.....

- avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Continuità Assistenziale:

A.S.L. n. ....di.....

A.S.L. n. ....di.....

A.S.L. n. ....di.....

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

- dichiara di svolgere/non svolgere (1) le seguenti attività alla data odierna, a qualsiasi titolo, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale .....

.....  
.....

- dichiara di essere consapevole che il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e s.m.i..

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

.....

In fede

Data.....

.....

(firma per esteso)

In luogo dell'autenticazione della firma allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Ai sensi dell'art. 6, comma 20, l'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (Allegato L) ACN vigente dovrà essere prodotto al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

(1) Cancellare la parte che non interessa.

Marca da bollo € 16

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI VACANTI NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER GRADUATORIA**

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Locale

.....  
.....

Il sottoscritto ..... nato  
a.....il.....residente a.....  
Via.....Prov.....dal.....  
telefono n. ....e-mail.....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 del vigente A.C.N., sancito con Intesa del 21 giugno 2018

**chiede**

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base degli incarichi vacanti (pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. ....del .....).

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

**dichiara**

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data .....voto di Laurea.....;
- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici di.....dal .....
- di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale conseguito a.....in data .....

- di essere incluso nella Graduatoria Regionale Definitiva valida per l'anno 2020. al n. ....con punti .....

- di essere residente, alla data di presentazione della domanda, nel comune di.....prov.....dal(gg/mm/aaaa) .....

precedenti residenze: (indicare gg/mm/aaaa):

Comune di ..... dal ..... al .....

Comune di ..... dal ..... al .....

Comune di ..... dal ..... al .....

e chiede altresì di poter accedere alla riserva di assegnazione, come di seguito specificato (*barrare una sola casella*)(2):

riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale

riserva per i medici in possesso del titolo equipollente

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale;

- di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Continuità Assistenziale:

A.S.L. n. ....di.....

A.S.L. n. ....di.....

A.S.L. n. ....di.....

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

- dichiara di essere consapevole che il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e s.m.i..

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

.....

In fede

Data.....

.....

(firma per esteso)

In luogo dell'autenticazione della firma allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

Ai sensi dell'art. 6, comma 20, l'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (Allegato L) ACN vigente dovrà essere prodotto al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) In caso di mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza i punteggi aggiuntivi previsti dall'art. 6 comma 6, del vigente ACN non verranno assegnati.

Marca da bollo € 16

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**  
**Per i Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale**

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Locale  
.....  
.....

Il sottoscritto ..... nato  
a.....il.....residente a.....  
Via.....Prov.....dal.....  
telefono n. ....e-mail.....

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 del vigente A.C.N., sancito con l' Intesa del 21 giugno 2018

**chiede**

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base degli incarichi vacanti (pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. ....del .....

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

**dichiara**

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data .....all'età di anni .....con voto di laurea.....;
- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....;
- di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale successivamente alla data del 28 febbraio 2019 conseguito a..... in data ..... a seguito del triennio .....

- di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Continuità Assistenziale:

A.S.L. n. ....di.....

A.S.L. n. ....di.....

A.S.L. n. ....di.....

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

- dichiara di essere consapevole che il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e s.m.i..

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

.....

In fede

Data.....

.....

(firma per esteso)

In luogo dell'autenticazione della firma allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

Ai sensi dell'art. 6, comma 20, l'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (Allegato L) ACN vigente dovrà essere prodotto al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

(1) Cancellare la parte che non interessa.