

MODALITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX CONTINUITA' ASSISTENZIALE)

I medici titolari di incarico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera a) ACN 28 aprile 2022, interessati al conferimento degli incarichi nella assistenza primaria ad attività oraria, **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 2023 (D.D. n. 2147 del 17 novembre 2022 "Approvazione della Graduatoria Regionale Definitiva, valida per l'anno 2022 – 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 24 novembre 2022), ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera b) ACN 28 aprile 2022, interessati al conferimento degli incarichi nella assistenza primaria ad attività oraria, **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. 34, comma 5, lettera c) ACN 28 aprile 2022, 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).

() 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 ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX 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 assistenza primaria ad attività oraria

ai sensi e per gli effetti dell'art. 34, comma 5, lettera a) del vigente ACN, sancito con Intesa del 28 aprile 2022

chiede

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di assistenza primaria ad attività oraria 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 datavoto 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 Assistenza primaria ad attività oraria a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale didal ..
..... (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1);

- di essere stato titolare di incarico nella Assistenza primaria ad attività oraria (Continuità Assistenziale) a tempo indeterminato presso:

l'Azienda Sanitaria Locale didal al.....
l'Azienda Sanitaria Locale didal al.....
l'Azienda Sanitaria Locale didal al.....
l'Azienda Sanitaria Locale didal al.....
l'Azienda Sanitaria Locale didal 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 Assistenza primaria ad attività oraria

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

.....
.....

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 ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX 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. 34 del vigente A.C.N., sancito con Intesa del 28 aprile 2022

chiede

di concorrere al conferimento dell'incarico di assistenza primaria ad attività oraria 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 datavoto 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 2022 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 Assistenza primaria ad attività oraria;

- di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Assistenza primaria ad attività oraria:

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

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

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

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. 34, comma 24, 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. 34 comma 8, 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 ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX 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. 34 del vigente A.C.N., sancito con l' Intesa del 28 aprile 2022

chiede

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di assistenza primaria ad attività oraria 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 dataall'età di annicon 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 nel Servizio di assistenza primaria ad attività oraria:

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

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

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

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

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. 34, comma 24, 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.