



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Avviso pubblico finalizzato all'approvazione della graduatoria 2024 da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione di Assistenza Primaria a ciclo di scelta

E' indetto presso l'ASL TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzioni di Assistenza Primaria a ciclo di scelta

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Gli incarichi provvisori saranno conferiti secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva del Piemonte dei medici di Medicina Generale valida per l'anno 2024 approvata con Determinazione Dirigenziale n. 1777 del 13.11.2023 (pubblicata sul BURP n. 46 del 16.11.2023) secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- 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, in applicazione dell'art. 4, comma 2, del D.L. n. 215 del 30.12.2023.

Le sostituzioni saranno affidate secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva del Piemonte dei medici di Medicina Generale valida per l'anno 2024 approvata con Determinazione Dirigenziale n. 1777 del 13.11.2023 (pubblicata sul BURP n. 46 del 16.11.2023) secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione Piemonte;
- d) medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale in altre Regioni;
- e) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
- f) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici di cui alle lettere b),e) ed f) 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 alle lettere c) e d) 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, con priorità di interpello per i 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 30° 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

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.

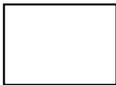
Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Affari Istituzionali, Legali, CNU, - Settore CNU – email:medicidifamiglia@aslto4.piemonte.it – tel 0125 414459.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Stefano SCARPETTA

(firmato in originale)





(marca da bollo da 16 €)

All'ASL TO4

direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Domanda di inserimento nelle graduatorie aziendali 2024 da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione di Assistenza Primaria a ciclo di scelte

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

CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE – ANNO 2024

per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzioni di Assistenza Primaria a ciclo di scelte

A tal fine dichiara:

- **Di aver conseguito** la laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di in datariportando il seguente voto.....;
- **Di essere** iscritto all'Ordine dei Medici di al numero dalla data e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- **Di essere/non essere** inserito nella graduatoria regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2024 al n..... con punteggio
- **Di essere/non essere** in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale
- **Di essere / non essere iscritto** al corso di Formazione specifica in Medicina Generale della Regione **In caso di risposta affermativa precisare:**
 - Se si concorre 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.....;
 - 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/aprov.....il.....

residente avia

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 l'inserimento nella graduatoria aziendale 2024, 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.