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 di una nuova graduatoria 2020 da utilizzarsi per il conferimento dei seguenti incarichi: A) incarichi a tempo determinato o di sostituzione di Continuità Assistenziale B) incarichi a tempo determinato e di sostituzione di Assistenza Sanitaria Penitenziaria (Casa Circondariale di Ivrea).

E' indetto presso l'ASL TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria 2020 da utilizzarsi per il conferimento dei seguenti incarichi:

A) incarichi a tempo determinato o di sostituzione di Continuità Assistenziale.

B)incarichi a tempo determinato e di sostituzione di Assistenza Sanitaria Penitenziaria (Casa Circondariale di Ivrea).

Gli incarichi saranno conferiti secondo il seguente ordine di priorità:

a) Medici iscritti nella graduatoria regionale 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 che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
d) Medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale;
e) Medici non inclusi nelle categorie a, b. e c.
f) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Per gli incarichi verranno applicati i criteri previsti dall'art.3 dell'AIR di cui alla D.G.R. n.37-5285 del 29.1.2013 (10 punti per la residenza nel territorio dell'ASL e 10 punti per la residenza nella Regione Piemonte).A parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

I medici interessati dovranno presentare domanda, utilizzando il fac-simile allegato (compilato in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti), entro il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso, esclusivamente tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo, direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it, avendo cura di allegare la copia di un documento di identità in corso di validità. La validità di tale invio sarà subordinata all'utilizzo da parte del medico di una casella di posta elettronica certificata e personale; non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella elettronica semplice anche se indirizzata alla PEC aziendale. Le domande dovranno essere in bollo e integrate con l'allegato modello "Assolvimento imposta di bollo su istanze presentate tramite PEC".

Le domande che perverranno oltre il termine suddetto non saranno tenute in considerazione.
L'ASL declina ogni responsabilità per qualsiasi ritardo, mancato arrivo, disguidi dovuti a problemi postali e/o informatici.

L'ASL si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale.

IL COMMISSARIO ASL TO4
Dott. Luigi VERCELLINO
A.S.L. TO4

Via Po 11 – Chivasso

Domanda finalizzata all'approvazione della graduatoria 2020 da utilizzarsi per il conferimento dei seguenti incarichi: A) incarichi a tempo determinato o di sostituzione di Continuità Assistenziale, B)incarichi di disponibilità a sostituzione generica di Continuità Assistenziale, C) incarichi a tempo determinato e di sostituzione di Assistenza Sanitaria Penitenziaria (Casa Circondariale di Ivrea).

Il/la sottoscritto/a.....nato/a il .....

Codice fiscale..... Codice Enpam .....

Telef. ..... email .....

email posta Certificata .....

CHIEDE

□ di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL TO4 per l'anno 2020.

□ di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli "Incarichi di disponibilità a sostituzione generica" per il Distretto.....

□ di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli incarichi a tempo determinato e di sostituzione di Assistenza Sanitaria Penitenziaria (Casa Circondariale di Ivrea).

DICHIARA

Ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali come previsto dall'art.76 del succitato D.P.R.

□ Di essere residente a..... in via ..... n. .....;

□ Domiciliato a ..... in via ..... n. .....;

□ Di possedere la cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla U.E.;

□ Di essere familiare di cittadini europei non aventi la cittadinanza in uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno permanente;

□ Di 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 in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso..... in data .....con voto.....;

□ Di essere abilitato/a all'esercizio professionale di medici chirurghi dal ..... conseguita presso ..... ;

□ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di ..... dal .....;

□ Di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale dei medici di Medicina Generale;

□ Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale;

□ Di essere/non essere iscritto/a al corso di formazione in Medicina Generale dal .....;

□ Di essere/non essere specializzando/a in ..... dal .....;

□ Di avere/ non avere riportato provvedimenti disciplinari negli ultimi 5 anni;

□ Di essere/non essere medico convenzionato per l'assistenza primaria con numero ..... scelte alla data .....;

□ Di essere/non essere medico della Medicina dei Servizi con un numero..... ore di incarico;

□ Di svolgere/ non svolgere altre attività (specificare) .....

.....

DATA ..... In fede .....

L'ASL TO4 si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nella decadenza dai benefici conseguiti .

Alla c.a. attenzione della Direzione Generale ASLTO4

Il sottoscritto/a _____ad integrazione della mia domanda di partecipazione per incarico a tempo determinato nell'ambito del servizio di Continuità Assistenziale e sotto la mia personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/200

DICHIARO

di aver assolto al pagamento dell'imposta con la marca da bollo di Euro 16,00, avente il seguente codice identificativo _____

di aver provveduto ad annullare tale marca da bollo ed impegnarsi a conservare l'originale contestualmente alla predetta domanda per eventuali controlli da parte dell'amministrazione.

Data_____

Firma

_____