

## REGIONE PIEMONTE BURP

Azienda Sanitaria Locale TO4

### **Avviso pubblico per conferimento di incarichi a tempo determinato di attività territoriali programmate.**

E' indetto presso l'A.S.L. TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato per lo svolgimento di attività territoriali programmate (attività prelevatoria e altre attività di interesse aziendale)

Gli incarichi saranno conferiti secondo i seguenti criteri di priorità:

1. medici convenzionati per l'assistenza primaria con numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per chi ha un minor numero di scelte;
2. medici convenzionati per la continuità assistenziale a tempo indeterminato secondo l'anzianità d'incarico;
3. medici convenzionati per la continuità assistenziale a tempo determinato secondo l'anzianità d'incarico;
4. medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minor numero di ore di incarico;
5. medici inseriti nella graduatoria regionale per l'anno in corso, di cui all'art. 15 dell'A.C.N. del 23.3.2005 e s.m.i.;
6. medici che abbiano acquisito il diploma di formazione in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
7. In caso di mancata partecipazione al presente avviso di medici di cui ai punti precedenti, verranno – in subordine – valutate le domande di medici anche non inclusi nelle precedenti categorie, purchè iscritti all'albo professionale.

I medici di cui ai punti 6 e 7 saranno graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

I medici interessati dovranno presentare domanda in bollo da € 16,00, utilizzando il fac simile allegato, entro il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione dal presente avviso sul B.U. Regione Piemonte. Le domande possono essere presentate con le seguenti modalità:

1) Tramite Posta Elettronica certificata al seguente indirizzo, avendo cura di allegare la copia di un documento di identità in corso di validità: [direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it](mailto:direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it) Il pagamento dell'imposta di bollo in questo caso deve essere assolto con le modalità previste per i documenti informatici prescritte dal decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 17/06/2014 ("Modalità di assolvimento degli obblighi fiscali relativi ai documenti informatici ad alla loro riproduzione – art.21, comma 5, D.lgs. 82/2005"). 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 di posta elettronica semplice anche se indirizzata alla PEC aziendale.

2) Tramite consegna a mano al Servizio Affari Istituzionali, Legali, C.N.U. - Settore Medicina dei Servizi dell'A.S.L. TO4, sede di Chivasso (Via Po 11 – piano terra), dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 12 e dalle ore 14 alle ore 16.

L'ASL TO4 si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare il presente avviso.

Per ulteriori informazioni telefonare al n. 011.9176.583

IL COMMISSARIO  
Dottor Luigi VERCELLINO

**Domanda di inserimento in una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato per lo svolgimento di attività territoriali programmate (attività prelevatoria e altre attività di interesse aziendale).**

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

a ..... Telefono .....

E-mail .....

### CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria in oggetto e, a tal fine, 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.,**

### DICHIARA

Di essere residente a ..... in via ..... n..... e domiciliato a ..... in via ..... n. ....

Di possedere la cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE.

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

Di essere cittadini 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/non essere titolare di un incarico di assistenza primaria con n ..... scelte dal ..... presso.....

Di essere/ non essere titolare di un incarico a tempo indeterminato/determinato di continuità assistenziale con un impegno di n.....ore settimanali dal .....presso.....

Di essere/ non essere titolare di un incarico di medicina dei servizi con un impegno di n....ore settimanali dal .....presso.....

Di essere/ non essere inserito nella graduatoria regionale vigente di cui all'art.15 dell'ACN del 23.3.2005 e s.m.i. al numero ..... settore .....

Di aver acquisito il diploma di formazione in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

Di essere iscritto all'albo professionale della Provincia di .....al numero ..... e dalla data .....

Di essersi laureato in data ..... con voto .....

Data .....

Firma .....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/679 e del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. : i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Per ulteriori informazioni è possibile consultare l'informativa estesa pubblicata sul sito internet aziendale.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 445 /2000)

Il/la sottoscritto/a

Cognome ..... nome .....

nato/a a .....prov.....il.....

residente a .....via .....

### DICHIARA

1. Di aver assolto al pagamento dell'imposta con la marca da bollo di € 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 il conferimento di incarichi a tempo determinato di Attività Territoriali Programmate, per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo \_\_\_\_\_ 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.

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità (art. 38 del D.P.R. 445/00)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/679 e del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. : i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Per ulteriori informazioni è possibile consultare l'informativa estesa pubblicata sul sito internet aziendale,