



**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 graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Continuità Assistenziale.**

In considerazione del prossimo esaurimento della Graduatoria aziendale per l'anno 2019 è indetto presso l'ASL TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria da utilizzarsi:

- A) per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione di Continuità Assistenziale  
e/o  
B) per il conferimento di incarichi a tempo determinato per il potenziamento del Servizio di Continuità Assistenziale per il periodo di maggior morbilità invernale.

Gli incarichi saranno conferiti secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale, dell'area di riferimento, secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.
- f) Medici iscritti all'Albo dei medici

Detti incarichi rimarranno in vigore fino all'approvazione definitiva di analoga graduatoria per l'anno 2020.

Per gli incarichi verranno applicati i criteri previsti dall'art.3 dell'AIR di cui alla D.G.R. N.28-2690 del 24.4.2006 (10 punti per la residenza nel territorio dell'ASL e 10 punti per la residenza nella Regione Piemonte). A parità di punteggio i medici saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della 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 10° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul B.U. della Regione Piemonte, tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo, [direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it](mailto: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".**

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Lorenzo ARDISSONE



www.regione.piemonte.it/sanita

All' ASL TO4

Via Po 11 – Chivasso

**Domanda finalizzata all'approvazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di carichi a tempo determinato e di sostituzione di Continuità Assistenziale**

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

a ..... Tel ..... PEC .....

**CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA**

per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione di Continuità Assistenziale

e/o

per il conferimento di incarichi a tempo determinato per il potenziamento del Servizio di Continuità Assistenziale per il periodo di maggior morbilità invernale.

**DICHIARA**

**Di essere** residente a ..... in via ..... n. ....

**Di essere/non essere** inserito nella vigente Graduatoria Regionale di Continuità Assistenziale, al n..... con punteggio .....

**Di essere/non essere** in possesso del diploma di formazione in medicina generale o titolo equipollente

**Di frequentare/ non frequentare** il corso di formazione in Medicina Generale

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

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

**Di essere/ non essere specializzando/a** in..... dal .....

**Di svolgere** attualmente le seguenti ulteriori attività .....

Data.....

Firma .....

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/697 e del D.Lgs e s.m.i.:** i dati 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.

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

\_\_\_\_\_