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 2020 da utilizzarsi per il conferimento incarichi provvisori o di sostituzione di Pediatria di libera scelta

E' indetto presso l'ASL TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzioni di Pediatria di libera scelta.

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 la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

I medici di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

I medici interessati dovranno presentare domanda , utilizzando il fac-simile allegato (compilato in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti), entro il 30° 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.,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 DIRETTORE GENERALE
Dott. Lorenzo ARDISSONE

All' ASL TO4

Via Po 11 – Chivasso

Domanda finalizzata all'approvazione della graduatoria 2020 da utilizzarsi per il conferimento incarichi provvisori o di sostituzione di Pediatria di libera scelta.

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

a ..... Tel.....

PEC .....

CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA

per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzioni di Pediatria di libera scelta.

DICHIARA

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

Di essere/non essere inserito nella vigente Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta, al n..... con punteggio .....

Di aver acquisito il titolo di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale in data …….. con voto ……

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

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

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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a

Cognome ……. nome ……..……..

nato/a ……prov…….il…….....

residente a ……via ……..

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 2020, 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.

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 del D.Lgs. 196/03 e smi del Regolamento UE 2016/67P 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.