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 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 sostituzione di Pediatria di libera scelta.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Possono presentare domanda di partecipazione agli incarichi di cui trattasi i Pediatri iscritti all'Albo professionale, secondo il seguente ordine di priorità:

- Pediatri inseriti nella graduatoria regionale definitiva del Piemonte della Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2024 approvata con Determinazione Dirigenziale n. 1834 del 27.11.2023 (pubblicata sul BURP n. 48 del 30.11.2023) secondo l'ordine di punteggio;

- Pediatri che hanno acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Detti aspiranti saranno graduati nell'ordine di anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

- Medici iscritti al corso di specializzazione in Pediatria in applicazione dell'art. 4, comma 2, del D.L. 215 del 30.12.2023

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) deve 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 € 16,00)

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 Pediatria di libera scelta.

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

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

A tal fine dichiara:

- **Di aver conseguito** la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di …….. in data ..... riportando il seguente voto .....;
- **Di essere iscritto** iscritto all'Ordine dei Medici di ..... con numero ..... dalla data ..... e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- **Di aver conseguito** la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti in data …….. con voto ……
- **Di essere/non iscritto** al corso di specializzazione in Pediatria presso l'Università di …….

  In caso di risposta affermativa, precisare, quale annualità si frequenta (prima, seconda, ecc)……..
- **Di essere/non essere** inserito nella vigente Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2024, al n..... con punteggio .....;
- **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/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 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.