

REGIONE PIEMONTE BU46 14/11/2024

Azienda sanitaria locale 'TO4'

Avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori di Assistenza Primaria a ciclo di scelta negli ambiti territoriali comprendenti i Comuni di San Maurizio Canavese e San Francesco al Campo e di Settimo Torinese

Documento allegato

Avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori di Assistenza primaria a ciclo di scelta negli ambiti territoriali comprendenti i Comuni di San Maurizio Canavese e San Francesco al Campo e di Settimo Torinese

E' indetto presso l'ASL TO4 un avviso pubblico finalizzato all'approvazione di una graduatoria per il conferimento dei seguenti incarichi provvisori di Assistenza Primaria a ciclo di scelta:

- N. 1 incarico nell'ambito territoriale comprendente i Comuni di San Maurizio Canavese e San Francesco al Campo, a decorrere dal 2.12.2024;
- N. 1 incarico nell'ambito territoriale del Comune di Settimo Torinese, a decorrere dal 23.12.2024.

I Comuni di apertura degli ambulatori dovranno essere concordati rispettivamente con i Direttori del Distretto di Ciriè e di Settimo Torinese

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Gli incarichi provvisori saranno conferiti secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva del Piemonte dei medici di Medicina Generale valida per l'anno 2024 approvata con Determinazione Dirigenziale n. 1777 del 13.11.2023 (pubblicata sul BURP n. 46 del 16.11.2023) 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 iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale esclusivamente nella Regione Piemonte;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994, in applicazione dell'art. 4, comma 2, del D.L. n. 215 del 30.12.2023, convertito dalla Legge n. 18 del 23.02.2024.

L'Azienda conferirà gli incarichi suddetti con priorità per i medici residenti nell'ambito carente, nell'ASL TO4, in seguito nella Regione Piemonte e da ultimo fuori Regione.

I medici di cui alla lettera b) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

I medici di cui alle lettere c) e d) saranno graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) e, successivamente, secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

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) dovrà pervenire **entro e non oltre il 7° 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.

L'A.S.L. si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare e/o modificare il presente avviso, riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale (www.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



(marca da bollo da 16 €)

All'ASL TO4

direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Domanda finalizzata al conferimento di un incarico provvisorio di Assistenza Primaria a ciclo di 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

presenta domanda per il conferimento di un incarico provvisorio di Assistenza Primaria a ciclo di scelta nei seguenti ambiti territoriali:

- N. 1 INCARICO NELL'AMBITO TERRITORIALE COMPRENDENTE I COMUNI DI SAN MAURIZIO CANAVESE, A DECORRERE DAL 2.12.2024;
- N. 1 INCARICO NELL'AMBITO TERRITORIALE DEL COMUNE DI SETTIMO TORINESE, A DECORRERE DAL 23.12.2024;

A tal fine dichiara:

- **Di aver conseguito** la laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di in datariportando il seguente voto.....;
- **Di aver acquisito l'abilitazione professionale** in data
- **Di essere** iscritto all'Ordine dei Medici di al numero dalla data e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- **Di essere/non essere** inserito nella graduatoria regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2024 al n..... con punteggio
- **Di essere/non essere** in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale
- **Di essere / non essere iscritto** al corso di Formazione specifica in Medicina Generale della Regione **In caso di risposta affermativa precisare:**
 - Se si concorre ai sensi del D.L. 135/2018, convertito con L. 12/2019 o ai sensi del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019.....;
 - se si frequenta la prima – seconda – terza annualità.....;
 - Data effettiva di inizio corso.....;
- **Di essere/non essere** in possesso di titolo equipollente,
- **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/aprov.....il.....

residente avia

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 il conferimento di un incarico provvisorio di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, 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.