

Azienda sanitaria locale 'AL'

**Avviso Pubblico per l'iscrizione alle graduatorie Aziendali di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria (a ciclo di scelta ed a ciclo orario) e di Assistenza Sanitaria Penitenziaria**

**VALIDITA' DAL 01/03/2025 AL 28/02/2026**

In esecuzione della determinazione n. \_\_\_4\_\_\_ del 07/01/2025 , ai sensi dell'art. 37 dell'A.C.N. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 04/04/2024 è indetto avviso pubblico per la formazione di tre distinte graduatorie aziendali, con validità dal 01/03/2025 al 28/02/2026, da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato presso i seguenti Servizi:

- ❖ Assistenza Primaria a ciclo di Scelta
- ❖ Assistenza Primaria a ciclo Orario
- ❖ Assistenza Sanitaria Penitenziaria

Nelle citate graduatorie verranno inseriti:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale 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 medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 (solo per l'affidamento di sostituzione);
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione (solo per l'affidamento di sostituzione).

Possono partecipare all'avviso:

1. I medici di cui alla lettera a), graduati secondo l'ordine di punteggio nella graduatoria regionale;
2. I medici di cui alle lett. b), c), d) ed e), graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

All'interno di ogni sezione è data priorità ai medici secondo il seguente ordine di residenza, conformemente ai criteri indicati nell'ACN e nell'AIR attualmente vigenti:

1. Residenti nell'ambito carente;

2. Residenti nell'ASL AL;
3. Residenti nella Regione Piemonte;
4. Residenti fuori Regione Piemonte;

Sulla base dell'intervenuto Accordo con le OO.SS. della Continuità Assistenziale, la graduatoria aziendale di disponibilità sarà utilizzata al fine di garantire il servizio in seguito a dimissione del personale operante, in quanto i pregressi incarichi a tempo determinato assegnati su ore vacanti, sono rinnovati prima dell'inserimento di nuovo medici.

I medici aspiranti agli incarichi di assistenza primaria a ciclo orario dovranno essere in possesso della patente di guida per poter utilizzare l'automezzo di servizio fornito dall'ASL, privo di autista. In difetto gli spostamenti saranno a carico del Medico interessato.

## **TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

La domanda di inserimento nelle graduatorie di disponibilità dovrà essere redatta utilizzando l'allegato modulo, compilato in modo chiaro e leggibile in ogni sua parte e **provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (Euro 16,00)**.

**La domanda dovrà pervenire entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte**, unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità, al seguente indirizzo di posta certificata (PEC) aziendale:

**aslal@pec.aslal.it**

con il seguente oggetto: **“Partecipazione all’avviso pubblico per l’iscrizione alle graduatorie aziendali ASL AL per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria (a ciclo di scelta e a ciclo orario) e di Assistenza Sanitaria Penitenziaria”**.

Le domande che perverranno oltre il suddetto termine saranno registrate in ordine cronologico di ricezione, mantenendo la priorità per i medici di cui alla lettera “a”, “b”, “c”, rispetto ai medici di cui alla lettera “d” ed “e”, ed utilizzate nel caso di carenza di disponibilità da parte dei medici inseriti nella graduatoria.

In caso di mancata accettazione di incarico convenzionale, i medici saranno collocati in fondo alla graduatoria e saranno ricontattati per eventuali ulteriori proposte di convenzionamento solo al termine dello scorrimento della graduatoria.

L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso, dandone notizia sul sito aziendale.

I dati personali trasmessi dai concorrenti con le domande di partecipazione all'avviso saranno trattati per le finalità di gestione della procedura nel rispetto della normativa sulla riservatezza.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.S. Convenzioni Uniche Nazionali – email [convenzionemedici@aslal.it](mailto:convenzionemedici@aslal.it) - tel. 0131 – 307459 / 307530

MARCA  
DA BOLLO  
€ 16

Spett.le ASL AL  
S.S. CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE  
**aslal@pec.aslal.it**

**OGGETTO: Partecipazione all'avviso pubblico per l'iscrizione alle graduatorie aziendali ASL AL per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta, a Rapporto Orario e nell'Assistenza Sanitaria Penitenziaria.  
PERIODO DAL 01/03/2025 AL 28/02/2026**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa.....  
nato/a a.....Prov..... il .....  
Codice Fiscale ..... Residente a .....  
Via.....n..... CAP .....  
Tel.....E-mail.....  
PEC.....

(per ogni comunicazione relativa al presente avviso)

**VISTO L'AVVISO PUBBLICO, DI CUI ALL'OGGETTO, RELATIVO AL PERIODO 01/03/2025 – 28/02/2026**

chiede l'inserimento nella graduatoria aziendale come segue (barrare la/e voce/i di interesse):

- Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta (ex Assistenza Primaria)
- Ruolo Unico di Assistenza Primaria a rapporto Orario (ex Continuità Assistenziale)
- Assistenza Sanitaria Penitenziaria

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di.....in data.....con valutazione finale di.....;
2. di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di..... dal ..... e di comunicare nell'immediatezza ogni variazione/cessazione/sospensione;
3. di essere/non essere (1) in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente;
4. di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno 2025 con punti.....;
5. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L. n.256/1991 presso la Regione.....dal..... annualità di frequenza 1  – 2  – 3  ;

6. di essere/non essere (1) iscritto al corso di Specializzazione di cui al D.L. n. 257/1991 e corrispondenti norme di cui al D.L. n. 368/1999:  
denominazione del corso.....  
soggetto pubblico che lo svolge.....  
con inizio dal ..... ;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta ai sensi del relativo A.C.N. 04/04/2024, con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di .....presso l'Azienda.....;
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico Pediatra di libera scelta ai sensi del relativo A.C.N., con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di..... presso l'Azienda.....;
9. di essere/non essere (1) titolare di incarico nella Medicina dei Servizi a tempo indeterminato/determinato presso l'ASL..... per n. ore settimanali .....
10. di aver/non aver svolto (1) la seguente pregressa attività nell'ambito della Sanità Penitenziaria  
Sede..... Impegno orario sett.....  
Dal.....al.....  
Dal.....al.....

Note .....

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Mi impegno a comunicare tramite PEC all'ASL, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autentica qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Sono consapevole che all'atto dell'assunzione non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità di cui all'art. 21 ACN 04/04/2024;

si allega alla presente domanda:

**Copia fotostatica di valido documento di identità;**

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASL AL ed Enti o Aziende collegate per finalità inerenti al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente domanda, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato.

I dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679.

(1) Cancellare la parte che non interessa

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_