

Azienda sanitaria locale 'NO'

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA VALIDA PER L'ANNO 2025 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE DA SVOLGERSI PRESSO GLI AMBULATORI I.S.I. DELLA S.C. DISTRETTO URBANO DI NOVARA E DELLA S.C. DISTRETTO AREA NORD DELL'ASL NO

La scrivente Azienda intende procedere alla formazione di una graduatoria valida per l'anno 2025 per il conferimento di incarichi a tempo determinato, per un massimo di 12 ore settimanali, per l'espletamento delle attività territoriali programmate, da impiegare dal lunedì al venerdì, in orario da definire, presso gli ambulatori I.S.I. della S.C. Distretto Urbano di Novara e della S.C. Distretto Area Nord, siti nelle sedi di Novara e/o Borgomanero, secondo i criteri di cui al richiamato art. 60 del D.P.R. 270/2000, coordinati con il vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Possono presentare istanza di partecipazione all'incarico di che si tratta:

- 1) medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 400, con precedenza per i medici con minor numero di scelte;
- 2) medici convenzionati per la continuità assistenziale, a tempo indeterminato, con incarico fino a 12 ore settimanali, secondo l'anzianità di incarico;
- 3) medici convenzionati per la continuità assistenziale, a tempo indeterminato, con incarico fino a 24 ore settimanali, con precedenza per i medici con il minor numero di ore di incarico ed in subordine secondo l'anzianità di incarico;
- 4) medici convenzionati per la medicina dei servizi, a tempo indeterminato, con incarico fino a 24 ore settimanali, con precedenza per i medici con il minor numero di ore di incarico;
- 5) medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 19 dell'A.C.N. 2022, come successivamente modificato, che consente l'inserimento sia dei medici che hanno già conseguito il titolo di formazione in medicina generale che di quelli che lo conseguiranno nell'anno, previa autocertificazione.

In caso di mancata partecipazione al presente avviso di medici di cui ai punti precedenti verranno, in subordine, valutate le domande inoltrate da altri medici. Essi verranno graduati, nell'ordine, secondo la minore età alla laurea e in subordine con maggior voto di laurea, con priorità per i medici che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di formazione e/o specializzazione.

L'elencazione di cui sopra costituisce ordine di priorità nel conferimento degli incarichi. Non è utilizzabile il medico che esercita più di una delle attività disciplinate dall'ACN della Medicina Generale. Sono incompatibili i medici che esercitano altre attività (diverse dal rapporto convenzionale per la medicina generale) presso soggetti pubblici o privati.

Il trattamento economico, ai sensi art. 21 dell'AIR MMG 2006 è stabilito in euro 25,00 orarie per un massimo di 12 ore di attività settimanali.

L'ASL si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di prorogare sospendere o revocare il presente bando o parte di esso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità.

I medici interessati dovranno presentare la domanda di partecipazione, redatta in carta libera secondo l'allegato fac-simile, completo in ogni sua parte, che dovrà pervenire all'indirizzo PEC dell'Azienda: protocollogenerale@pec.asl.novara.it entro e non oltre il 23.02.2025 compreso.

Le domande che perverranno oltre il suddetto termine non saranno valide ai fini della redazione della presente graduatoria.

In caso di mancata accettazione di incarico convenzionale, i medici saranno collocati in fondo alla graduatoria al fine di eventuali successive ulteriori proposte di incarico sempre per la presente attività. 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 eventuali informazioni sull'attività da svolgersi gli interessati potranno rivolgersi alla:

S.C. Distretto Urbano di Novara: mail: elisa.ditullio@asl.novara.it

S.C. Distretto Area Nord: mail distretto.aro@asl.novara.it tel. 0322/516528.

Il Direttore S.C. Distretto Urbano di Novara
S.S. C.C.P.S.
(Dott. Gianfranco Masoero)

Alla A.S.L. NO
S.C. DUN - S.S. C.C.P.S.
Viale Roma 7
28100 NOVARA NO
Pec: protocollo generale@pec.asl.novara.it

Il/La sottoscritto/a Dott.
nato/a a il
residente a(.....) via
domiciliato (se diverso dalla residenza) a.....(.....) via
.....recapito telefonico.....
E-mail Pec

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2025 per il conferimento di incarichi a tempo determinato, per un massimo di 12 ore settimanali, per **attività territoriali programmate** impiegate per **attività da svolgersi presso gli ambulatori I.S.I.** della S.C. Distretto Urbano di Novara e della S.C. Distretto Area Nord, siti **nelle sedi di Novara e/o Borgomanero.**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (come disposto dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000), ai sensi dell'art. art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, dichiara di essere (barrare la casella interessata):

a) medico convenzionato esclusivamente per l'assistenza primaria, con il seguente numero di scelte (indicare se inferiore a 400);

b) medico convenzionato esclusivamente per la continuità assistenziale per n. _____ (indicare se 12 o 24) ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, con anzianità di incarico dal

c) medico convenzionato esclusivamente per la medicina dei servizi per n. (indicare se inferiore a 12) ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, con anzianità di incarico dal

d) medico inserito nella graduatoria regionale (Regione Piemonte – Anno 2025) pubblicata sul B.U.R.P. n. 46 del 14/11/2024, areaposizione n.;

e) medico non rientrante in nessuna delle precedenti categorie (barrare la casella).

Dichiara inoltre:

- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso
.....in data.....con voto

- di essere iscritto all'Albo dei Medici della provincia di
dal....., iscrizione n. con l'impegno di comunicare nell'immediatezza ogni variazione/cessazione/sospensione.

Al fine della formulazione della relativa graduatoria dichiara inoltre di:

essere titolare di borse di studio, anche inerenti a corsi di specializzazione e CF MMG

non essere titolare di borse di studio, anche inerenti a corsi di specializzazione e CF MMG

Dichiara inoltre di non esercitare attività (diverse dal rapporto convenzionale con la medicina generale) presso soggetti pubblici o privati.

Data

Firma

Allegare fotocopia di documento di identità.