

All. A

REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale CN2
S.C. Amm.ne del Personale e Sviluppo Risorse Umane
Sede Legale: Via Vida, 10
12051 Alba (CN)
Tel. 0173/316962 - 594502
Fax 0173/316480
E-mail: personaleconvenzionato@aslcn2.it



**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI
DISPONIBILITA' ALLA COPERTURA DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE
NELL'ASSISTENZA PRIMARIA.**

In esecuzione alla determinazione n. 1358 del 12/12/2019 è indetto un avviso pubblico, ai sensi dell'art. 2, comma 6, dell'A.C.N. per la Medicina Generale reso esecutivo dal 21 Giugno 2018, per la formazione di due graduatorie di disponibilità al fine del "Conferimento di Incarichi Provvisori e di Sostituzione nel Servizio di Assistenza Primaria".

Possono presentare domanda per il conferimento di un incarico provvisorio o di sostituzione, ai sensi dell' art. 2 comma 6 del citato A.C.N.,

- 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.

Possono presentare domanda, ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione

I medici da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Gli interessati dovranno far pervenire la domanda (all. B), **IN BOLLO** corredata della dichiarazione sostitutiva di certificazioni ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (all. C) , entro e non oltre il 30° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale, all'A.S.L. CN2, Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN).

Qualora detto termine coincida con un giorno festivo si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda deve riportare obbligatoriamente il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) e può essere:

- consegnata direttamente all'Ufficio Protocollo dell'ASL CN2 in Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN);
- inviata per posta raccomandata RR al suddetto indirizzo;
- inviata per via telematica all'indirizzo di PEC aslcn2@legalmail.it dall'autore mediante la propria casella di posta elettronica certificata.

Deve essere utilizzato esclusivamente il formato pdf. E' obbligatorio allegare fotocopia di un documento d'identità dell'aspirante interessato in corso di validità.

I dati personali richiesti verranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente procedura di selezione ed in caso di rifiuto al trattamento si verrà esclusi dalla graduatoria.

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare o revocare il presente bando o di sospendere o prorogare o riattivare i termini di apertura dandone notizia sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi ai seguenti recapiti telefonici 0173/316962 oppure 0173/594502.

IL DIRETTORE S.C. AMM.NE PERSONALE
E SVILUPPO RISORSE UMANE
Franco CANE

All.to B)

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2

Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritt Dott.chiede di poter partecipare all'avviso
pubblicato sul sito aziendale con determinazione n° del _____ per la formazione di apposita graduatoria
di disponibilità per il conferimento di incarichi:

* provvisori

* di sostituzione

- a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ e
residente a _____ invia _____ n. _____
- b) di essere residente in Regione Piemonte dal _____ nel Comune di
_____ Prov. _____ Via _____
_____ dal _____ tel. _____ indirizzo di
posta elettronica _____
- c) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici di _____ al
n. _____
- d) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data
_____ con voto di laurea _____;
- e) di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno _____
- f) di avere/non avere acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente
alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.
- g) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale;
- h) di avere/non avere acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- i) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione in _____;

che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) obbligatoria al quale dovranno essere inviate le
comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente: _____

Il/la sottoscritt , ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.

Data _____

Firma _____

N.B.: * Sbarrare entrambe le caselle o soltanto la casella del Servizio per il quale si intende dare la propria disponibilità.

Allegare alla presente copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità.

All.to C)

Il presente allegato è da utilizzare nel caso in cui non vengano prodotti documenti originali o autenticati ai sensi di legge, per quanto riguarda gli stati, fatti e qualità personali.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

DICHIARA

ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000

- di essere residente in Piemonte dal _____ nel Comune di _____ prov. _____
Via _____ dal _____
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ c/o l'Università di _____ con il seguente voto di laurea _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____;
 - o di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale conseguito il _____ c/o l'Università di _____, o del titolo equipollente di cui al D.L.vo 08/08/1991, n. 256, 17/08/1999 n. 368 e 08/07/2003 n. 277;
 - o di essere iscritto nella graduatoria regionale
 - o di frequentare il corso di formazione in medicina Generale presso l'Università di _____;
 - o di essere in possesso dell'abilitazione professionale acquisita successivamente alla data del 31/12/1994;
 - o di frequentare il corso di specializzazione presso l'Università di _____.

Allega copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso _____

N.B.: Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alle predette dichiarazioni una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati oggetto delle dichiarazioni.