

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 PER  
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.**

In esecuzione alla determinazione n. 1359 del 12/12/2019 è indetto un avviso pubblico, ai sensi dell'art. 2, comma 7, 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 dei Pediatri di Libera Scelta".

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) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio
- b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

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](mailto: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 specializzazione in pediatria o discipline equipollenti  
successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in  
graduatoria regionale.”

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 specializzazione in pediatria 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 avere acquisito il titolo di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.”

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.