

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



**INDIZIONE AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI APPOSITE GRADUATORIE DI
DISPONIBILITA' DA UTILIZZARSI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO
DETERMINATO QUALI MEDICI DEL SERVIZIO DI MEDICINA GENERALE CONTINUITA'
ASSISTENZIALE, PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19
(USCA)**

In esecuzione alla determinazione n. 970 del 26/08/2020 è indetto un avviso pubblico, visto il perdurare dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, per la formazione di una graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato quali medici del servizio di medicina generale Continuità Assistenziale, per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 (USCA) secondo il seguente ordine di priorità:

- A) i Medici titolari di Continuità Assistenziale e/o iscritti nella graduatoria regionale di Medicina Generale;
- B) i Medici con incarico a tempo determinato o sostituti di Continuità Assistenziale;
- C) i Medici che frequentano il corso di formazione specifica in Medicina Generale;

in via residuale potranno partecipare:

- D) i laureati in medicina e chirurgia abilitati ed iscritti all'Ordine Professionale.

Si precisa che la durata dell'incarico sarà limitata allo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e/o secondo le disposizioni regionali in merito;

Ai sensi dell'art. 3 comma 3 dell' A.I.R. 2013 all'interno di ogni sezione è data priorità ai medici residenti nell'ASL (10 punti) e nella Regione Piemonte (10 punti).

Ai sensi dell'art. 3 comma 3 dell' A.I.A. sottoscritto in data 4 novembre 2013 si prevede un punteggio aggiuntivo di 5 punti per ogni anno di attività prestata nell' A.S.L CN2 come medico di Continuità Assistenziale/USCA.

A parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

Si precisa che la durata dell' incarico sarà limitata allo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e/o secondo le disposizioni regionali in merito;

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

*Il presente documento è sottoscritto con firma digitale
ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005.*

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 a tempo determinato quali medici del servizio di
medicina generale continuita' assistenziale, per la gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19
(usca)

DICHIARA

di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ e di essere
residente a _____ invia _____ n. _____

a) di essere residente in Regione Piemonte dal _____ nel Comune di
_____ Prov. _____ Via _____
_____ dal _____

b) tel. _____

c) indirizzo di posta elettronica _____

d) di essere / non essere in possesso della patente di cat. B n. _____ valida fino
al _____

e) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici di _____ al
n. _____

f) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data
_____ con voto di laurea _____;

g) di essere / non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno _____

h) 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.

i) di frequentare / non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale;

j) di avere / non avere acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

- k) di frequentare / non frequentare un corso di specializzazione in _____;
- l) di aver prestato / prestare servizio come medico di Continuità Assistenziale/USCA nell'ASLCN2 o presso la Casa di Reclusione di Alba a decorrere dal_____fino al_____
- m) 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 sottoscritto, 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 punteggio _____;

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____;

- 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;

- di aver prestato servizio come medico di Continuità Assistenziale/USCA nell'ASLCN2 o presso la
Casa di Reclusione di Alba a decorrere dal _____ fino al _____

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.