

**AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO**  
**DETERMINATO PER ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE**

Si rende noto che, in esecuzione della determinazione n. 1172 del 26/11/2018, si intende procedere alla formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori – per mesi sei, eventualmente rinnovabili, per 12 ore settimanali per attività territoriali programmate, ai sensi dell'art. 60 del D.P.R. 270/2000 e dell'art. 21 dell'A.I.R. – di cui alla DGR n. 28-2690 del 24/04/2006 BUR n. 20 del 18 maggio 2006.

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

- a) i medici convenzionati esclusivamente per l'**assistenza primaria** con un numero di scelte inferiore a 400, con precedenza per i medici con minor numero di scelte;
- b) i medici convenzionati esclusivamente 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;
- c) i medici convenzionati esclusivamente per la **medicina dei servizi**, a tempo indeterminato, con incarico fino a 24 ore settimanali, secondo l'anzianità di incarico, con precedenza per i medici con il minor numero di ore di incarico ed in subordine secondo l'anzianità di incarico;
- d) medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
- e) i **medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art.15 dell'A.C.N. 23/03/2005** valida alla data di pubblicazione del presente bando, secondo il punteggio in graduatoria, con precedenza, nell'ordine, per le seguenti aree:
  - I. assistenza primaria
  - II. continuità assistenziale
  - III. medicina dei servizi territoriali
  - IV. emergenza sanitaria territoriale 118.

L'elencazione di cui sopra costituisce ordine di priorità nel conferimento degli incarichi.

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, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i medici che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.

**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, è stabilito in euro 25,00 orarie**

I medici interessati dovranno far pervenire domanda, secondo l'**allegato** fac-simile, entro il

Le domande devono pervenire con una delle seguenti modalità, entro il termine di scadenza:

**14 DICEMBRE 2018**

1) consegna diretta all'Ufficio Protocollo dell'A.S.L. CN2 in via Vida n. 10 ad ALBA (CN) 12051, entro il termine di scadenza, in orario di ufficio (dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30/12,30 e dalle 13,30/16,00)

2) invio per posta raccomandata RR al suddetto indirizzo;

3) invio per via telematica all'indirizzo di posta elettronica certificata: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) trasmesse dall'autore mediante la propria casella di posta elettronica certificata.

Qualora la scadenza coincida con giorno festivo il termine di presentazione si intende prorogato alle ore 12,00 del primo giorno successivo non festivo.

Nell'eventualità che il termine ultimo coincida con un giorno di interruzione del funzionamento degli Uffici Postali a causa di sciopero, lo stesso si intende espressamente prorogato al primo giorno feriale di ripresa del Servizio da parte degli Uffici predetti. In tal caso, alla domanda sarà allegata una attestazione, in carta libera dell'Ufficio Postale dal quale viene effettuata la spedizione, da cui risulti il periodo di interruzione ed il giorno di ripresa del servizio;

Il presente avviso non comporta obbligo per l'amministrazione procedente di conferire incarichi.

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

(allegato modello domanda)

Alla A.S.L. CN2  
Via Vida, 10  
12051 ALBA (CN)

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ laureato il \_\_\_\_\_  
con voti \_\_\_\_\_ iscritto all'ordine dei Medici di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nelle graduatorie per il conferimento di incarichi provvisori, per sei mesi eventualmente rinnovabili, di 12 ore settimanali, per attività territoriali programmate.

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. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, **dichiara** di essere<sup>1</sup>:

- medico convenzionato esclusivamente per l'**assistenza primaria**, con il seguente numero di scelte \_\_\_\_\_<sup>2</sup>;
- medico convenzionato esclusivamente per la **continuità assistenziale** per n. \_\_\_\_\_<sup>3</sup> ore di incarico settimanale a tempo **indeterminato**, con anzianità di incarico dal \_\_\_\_\_;
- medico convenzionato esclusivamente per la **medicina dei servizi** per n. \_\_\_\_\_<sup>3</sup> ore di incarico settimanale a tempo **indeterminato**, con anzianità di incarico dal \_\_\_\_\_;
- medico inserito nella graduatoria regionale di cui all'art.15 dell'A.C.N. 23/03/2005 valida alla data \_\_\_\_\_ di pubblicazione del presente bando, area \_\_\_\_\_ posizione n. \_\_\_\_\_;
- medico non inserito nella graduatoria regionale di cui all'art.15 dell'A.C.N. 23/03/2005 valida alla data di pubblicazione del presente bando. Al fine della formulazione della relativa graduatoria dichiara di:
  - di essere titolare di borse di studio<sup>4</sup>
  - non essere titolare di borse di studio<sup>5</sup>.

**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

<sup>1</sup> barrare con una crocetta la voce che interessa

<sup>2</sup> inferiore a 400

<sup>3</sup> inferiore a 24

<sup>4</sup> anche inerenti a corsi di specializzazioni