

Azienda Sanitaria Locale AL

**Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio ex art. 38 ACN quale medico di medicina generale per l'ambito territoriale di Silvano d'Orba, Distretto Acqui Terme – Ovada, con obbligo di apertura nel Comune di Castelletto d'Orba**

Ai sensi dell'art. 38 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina, è indetto avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale convenzionato ex art. 38 ACN, per l'ambito territoriale di Silvano d'Orba, Distretto Acqui Terme – Ovada, con obbligo di apertura nel Comune di Castelletto d'Orba.

L'incarico dovrà decorrere improrogabilmente **dal 1° giugno 2021**.

Ai sensi dell'art. 2 ACN MMG 29/03/2018, l'incarico sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nella graduatoria regionale di assistenza primaria, valida per l'anno 2021;
- 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;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale, dal 3° anno al 1°;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici saranno graduati, con priorità per i residenti nell'ambito territoriale in oggetto, in ordine di graduatoria regionale ed eventualmente nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Qualora l'incarico fosse conferito a medici di cui ai suindicati punti c), d) ed e), si dovrà tenere conto delle limitazioni previste dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Gli interessati dovranno presentare domanda al seguente indirizzo PEC: [aslal@pec.aslal.it](mailto:aslal@pec.aslal.it) utilizzando il fac simile allegato (compilato in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti) e allegando copia di un documento d'identità valido.

Le domande dovranno **PERVENIRE entro le ore 24.00 del giorno 15/05/2021**, risultante dalla ricevuta di avvenuta consegna del messaggio alla casella PEC dell'Azienda.

Si precisa sin d'ora che il medico titolare (sia a tempo determinato che indeterminato) di altro incarico convenzionale di assistenza primaria, pediatria di libera scelta, o specialistica ambulatoriale interna, con scadenza dello stesso prevista successivamente alle suddette scadenze, risulta incompatibile con l'incarico in oggetto, ai sensi delle disposizioni in materia di preavviso previste dal rispettivo ACN.

L'ASL si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Convenzioni MMG-PLS – Alessandria, tel. 0131 307459 – 307573, mail [convenzionemedici@aslal.it](mailto:convenzionemedici@aslal.it)

Il Responsabile S.S. CUN  
Dott.ssa Annamaria MILANESE

Al Commissario Asl AL  
Via Venezia, 6  
15121 ALESSANDRIA (AL)

**OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale per l'ambito territoriale di Silvano d'Orba, Distretto Acqui Terme – Ovada, con obbligo di apertura nel Comune di Castelletto d'Orba**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Laureato il \_\_\_\_\_ università \_\_\_\_\_ punteggio \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico per l'incarico in oggetto

**e, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara (selezionare le voci di interesse e completare):**

- Di essere iscritto/a nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2021 nel numero di posizione \_\_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_;
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma di aver acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data \_\_\_\_\_
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma regolarmente iscritto al triennio di formazione in medicina generale \_\_\_\_\_, al 1°  2°  3°  anno di corso
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, né iscritto al triennio di formazione in medicina generale, ma di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale e laureato successivamente al 31/12/1994 (specificare) \_\_\_\_\_
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma essere iscritto al seguente corso di specializzazione (specificare tipologia e annualità) \_\_\_\_\_

**SPECIFICARE LA PROPRIA SITUAZIONE IN RIFERIMENTO A EVENTUALI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'**

- Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 17 del vigente ACN, come risultante dalla compilazione dell'ALLEGATO L

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:  
**SCRIVERE IN MANIERA LEGGIBILE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

Fotocopia documento d'identità

Allegato L

Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/697 e del D.lgs e s.m.i.: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2): Soggetto \_\_\_\_\_  
ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ periodo: dal \_\_\_\_\_

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo ACN con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo ACN con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte periodo dal \_\_\_\_\_

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2): Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore set. \_\_\_\_\_

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2): Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 c. 5 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni: Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo: dal \_\_\_\_\_

7) essere - non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato - a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra Regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo 368/99: Denominazione del corso: \_\_\_\_\_ Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio: dal \_\_\_\_\_

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lvo. 502/92 e successive modificazioni (2): Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_ tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ periodo dal: \_\_\_\_\_

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 L. 833/78 (2): Organismo \_\_\_\_\_  
ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_ tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
periodo dal: \_\_\_\_\_

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.L.vo 9 aprile 2008 n. 81: Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ periodo dal: \_\_\_\_\_

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2) Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ periodo dal: \_\_\_\_\_

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2) \_\_\_\_\_ periodo dal: \_\_\_\_\_

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale : periodo dal: \_\_\_\_\_

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

\_\_\_\_\_ periodo dal : \_\_\_\_\_

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2): Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ tipo di attività: \_\_\_\_\_ periodo dal: \_\_\_\_\_

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7): Soggetto pubblico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_ tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ periodo dal : \_\_\_\_\_

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a : (2) \_\_\_\_\_ periodo : dal \_\_\_\_\_

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15 (2): soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_ pensionato dal \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

(3) (1) cancellare la parte che non interessa.

(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE". (3) la firma deve essere corredata da fotocopia di valido documento di identità.