



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
(P.IVA 01522670031)

sede legale: v.le Roma, 7 – 28100 Novara
tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

AVVISO PUBBLICO

per la costituzione della graduatoria aziendale da utilizzarsi per l'eventuale conferimento di incarichi a tempo determinato di Medico convenzionato, addetto al servizio aziendale di Continuità Assistenziale – anno 2021

Ai sensi dell'art. 70 dei vigenti Accordi collettivi nazionali per la Medicina Generale convenzionata, approvati dalla Conferenza permanente Stato-Regioni in data 29.07.2009, dell'art. 21 dell'Accordo integrativo regionale per la Medicina Gen. approvato con D.G.R. 24 aprile 2006 n. 28-2690, e dell'art. 3 dell'Accordo integrativo regionale approvato con D.G.R. 29 gennaio 2013 n. 37-5285, e tenuto conto delle modalità applicative concordate in sede di Comitato di azienda per la Medicina Generale nelle sedute del 06.06 e 12.09.2013, questa Asl intende predisporre una graduatoria aziendale finalizzata all'eventuale conferimento di nuovi incarichi provvisori di Medico convenzionato, addetto al servizio di Continuità assistenziale, a cui ricorrere in caso di carenza di Medici titolari a tempo indeterminato.

I Medici interessati ad essere inseriti in detta graduatoria dovranno presentare domanda (corredata da marca da bollo di € 16,00), utilizzando il facsimile allegato al presente avviso. Alla domanda dovrà essere acclusa fotocopia su entrambe le facciate di un documento di identità valido. Le domande potranno essere *consegnate personalmente* presso l'**Ufficio Protocollo della Asl NO [v.le Roma, 7 – 28100 Novara]**, sito nella palazzina C al I° piano e aperto con orario dalle 8.00 alle 16.00 da lunedì a venerdì, oppure *inviate per posta* all'indirizzo di cui sopra, ovvero per *posta elettronica certificata* a protocollogenerale@pec.asl.novara.it; dovranno comunque pervenire alla Asl entro il termine perentorio delle ore 16.00 di mercoledì 10 **febbraio 2021** (*non vale il timbro postale di spedizione*).

I criteri di priorità che saranno applicati per la formulazione della graduatoria saranno, nell'ordine, i seguenti:

- a) inserimento nella Graduatoria Regionale del Piemonte per la Medicina Generale (settore Continuità assistenziale), valida per l'anno 2021;
- b) possesso dell'Attestato di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente (es. abilitazione all'esercizio professionale conseguita sino a tutto il 31.12.1994);
- c) frequenza attuale al Corso di formazione in Medicina Generale;
- d) non appartenenza alle categorie di cui alle lettere a), b), c) ed e);
- e) frequenza attuale a Scuole universitarie di specializzazione.

Nell'ambito di ciascuna delle categorie sopraindicate sarà attribuita priorità ai residenti nel territorio della Asl NO e, subordinatamente, ai residenti nella Regione Piemonte; a parità di residenza prevarranno nell'ordine: minore età (in anni), voto di laurea, anzianità di laurea.



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
(P.IVA 01522670031)

sede legale: v.le Roma, 7 – 28100 Novara
tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

La conseguente graduatoria sarà elaborata applicando i sopra esposti criteri a tutte le domande regolarmente pervenute.

La graduatoria, di cui al presente avviso, sarà utilizzabile, in caso di necessità, per tutti i **nuovi incarichi di sostituzione** eventualmente da conferirsi, a decorrere **da marzo 2021 sino a tutto febbraio 2022**, a Medici non ancora convenzionati con l'Asl NO.

Gli incarichi di cui sopra saranno assegnati secondo l'ordine di graduatoria e con durata annuale, salvo conclusione anticipata per nomina del titolare avente diritto all'incarico a tempo indeterminato:

- per un massimale di 24h. settimanali ai Medici **non** iscritti a corsi di specializzazione;
- per un massimale di 60h. mensili ai Medici iscritti a corsi di specializzazione.

Il trattamento dei dati è disciplinato dal D.Lgs 30/06/2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dal Regolamento UE 2016/679 GDPR.

I dati saranno raccolti presso la competente struttura di questa Azienda per la gestione dell'avviso pubblico, per l'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro e per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo. Le stesse informazioni potranno essere comunicate alle Amministrazioni pubbliche interessate.

Per quanto non previsto dal presente bando, si fa riferimento alla legislazione vigente in materia.

il Direttore Generale
(dott.ssa Arabella Fontana)

DOMANDA PER L'INSERIMENTO IN UNA GRADUATORIA AZIENDALE, DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI MEDICO CONVENZIONATO, ADDETTO AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - ANNO 2021

(bollo € 16,00)

**alla Asl "NO" – s.s. Cure primarie e specialistiche
v.le Roma, 7 – 28100 Novara**

Il sottoscritto dr , nato il.....
a..... e residente a
in via n°.....
tel. cellulare n° , tel. fisso n°

Chiede di essere inserito nella graduatoria di cui all'oggetto.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- di essersi **laureato in Medicina e Chirurgia** all'età di anni, con voto/110 (indicare 111/110 se laureato/a cum laude), in data / / , **abilitato all'esercizio professionale** nell'anno ed iscritto **all'Ordine dei Medici Chirurghi** della provincia di
- di essere inserito nella Graduatoria regionale del Piemonte per la Medicina generale – settore della Continuità Assistenziale, a valere per l'anno 2021: () SI, con punti () NO;
- di essere in possesso dell'**Attestato di formazione in Medicina generale** :
() SI, rilasciato dalla Regione in data / /
() NO
- di essere in possesso Di titolo equipollente (es. abilitazione all'esercizio professionale conseguita sino a tutto il 31.12.1994); dal
- di essere attualmente iscritto:
 - al **Corso di specializzazione**: () SI in presso () NO;
 - al **Corso triennale di formazione in Medicina generale**:
() SI, presso la sede didal anno di corso.....
() NO

data..... firma

n.b.: ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO (ENTRAMBE LE FACCIATE)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite. e dal Regolamento UE 2016/679 GDPR.