



ASL
CITTÀ DI TORINO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

S. C. Amministrazione del Personale Legale
Settore Personale Convenzionato
Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
Tel. 0115662174/2176/2365/2091
e-mail convenzionati.interni@aslcitytorino.it
pec personale.convenzionato@cert.aslto2.piemonte.it

Prot. n. 30042 /18

Torino, 2/3/2018

Tit. **I** Cat. **5** Classe **2**

Rif. Prot. n. del.....

Ai Medici cardiologi Convenzionati Interni
con incarico presso L'ASL Città di Torino

Oggetto: AVVISO INTERNO PER L'ASSEGNAZIONE DI TURNO VACANTE SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA, RISERVATO A MEDICI CARDIOLOGI CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO L'ASL CITTA' DI TORINO, AI SENSI DELL'ART. 18 DELL'ACN 17/12/2015.

Questa Azienda intende conferire un incarico ai sensi dell'art. 18 dell'ACN 17/12/2015 come di seguito indicato:

Profilo professionale richiesto: MEDICO con specializzazione in Cardiologia in possesso di particolari capacità professionali. **Impegno orario:** 4.00 ore settimanali non frazionabili come di seguito articolate:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Totale
	---		14,30-18,30	---	4.00

Sede di incarico: **Casa della Salute Valletta – Monginevro** Distretto Sud Ovest Poliambulatorio di via Farinelli 25. I medici interessati, il cui attuale impegno orario settimanale presso l'ASL Città di Torino non sia superiore alle 34.00 ore e che siano in possesso delle capacità professionali specificate in allegato, possono presentare la loro disponibilità compilando la domanda allegata al presente avviso, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa al possesso delle capacità professionali richieste unitamente al curriculum vitae ed inviarla esclusivamente via Posta Elettronica Certificata all'indirizzo:

personale.convenzionato-ex-aslto2@pec.aslcitytorino.it

entro e non oltre le ore 12.00 del 12 MARZO 2018 al fine di incrementare il proprio orario di incarico fino al raggiungimento del limite massimo di 38 ore.

L'incarico verrà assegnato secondo i criteri di cui al comma 1, dell'art. 18, dell' ACN 17/12/2015 ai medici specialisti che non siano già titolari di trattamento di quiescenza.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Il Direttore
S.C. Amministrazione del Personale
Dr.ssa Simonetta PAGANO

Il Responsabile del Procedimento,
Ex artt. 5 e 6, Legge 7/8/1990 n. 241 e s.m.i.
Dr.ssa Laura PAPOFF

Laura Papoff

Simonetta Pagano

SCHEDA PER RICHIESTA PUBBLICAZIONI DI AREA MEDICA CON CAPACITÀ PROFESSIONALI

Pubblicazione del (mese e anno) **MARZO 2018** Azienda Sanitaria **CITTA' DI TORINO**

Branca **CARDIOLOGIA**

Preso atto della seguente definizione delle capacità professionali di area medica approvata dal Comitato Zonale nella seduta del 13/2/2013

Per particolari capacità professionali si intendono abilità operative (1) e/o competenze clinico assistenziali (2) relative ad un ambito settoriale, che pur rientrando nelle competenze della branca specialistica, sono caratterizzate da attività così peculiari da richiedere una specifica preparazione professionale.

(1) abilità operative

Le abilità operative sono le competenze che derivano da apprendimenti esperienziali e attività professionale e sono relative all'utilizzazione di particolari tecniche strumentali, diagnostiche terapeutiche, che presentino una evidenza scientifica.

(2) competenze clinico assistenziali

Le competenze clinico assistenziali derivano dall'esperienza applicativa e sono relative all'attività in settori nosologici o con particolari modelli di intervento.

SI RICHIEDONO LE SEGUENTI CAPACITÀ PROFESSIONALI

Descrizione delle capacità professionali richieste

Capacità di esecuzione e valutazione diagnostica ecocardiografica

Contesto di lavoro in cui si inserisce l'attività

(definizione dei mezzi, delle procedure in uso, la progettualità sanitaria globale e l'appropriato governo clinico all'interno del quale vengono collocate le particolari capacità professionali)

PDTA DELLO SCOMPENSO CARDIACO

Motivazioni per cui le capacità professionali sono ritenute aggiuntive e non rientrano nella normale pratica clinica

Diagnostica strumentale che non è sempre nel profilo base dello specialista cardiologo ma è necessaria nell'ambito del PDTA dello SCOMPENSO CARDIACO

Tipologia attrezzature presenti nella struttura per la diagnostica strumentale anche ai fini di una eventuale prova pratica.

Ecocardiografo presente presso Presidio Valletta Casa della Salute Sede HUB Farinelli
Via Farinelli 25 Torino

Riferimenti aziendali della persona (nome, telefono, mail) con cui concordare eventuali modifiche della formulazione delle capacità professionali

Dott.ssa Alessandra CHINAGLIA – n° cell. 3498324703
alessandra.chinaglia@ascittaditorino.it

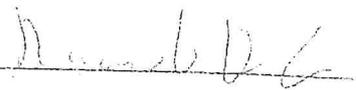
Nominativi, con riferimenti telefonici e di posta elettronica, dei due specialisti esperti dello specifico settore, designati dall'Azienda per la commissione paritetica di valutazione

1. Dott.ssa Alessandra Chinaglia tel.3498324703 - alessandra.chinaglia@ascittaditorino.it
2. Dr. Giuseppe Avogliero tel.3474166400 - giuseppe.avogliero@ascittaditorino.it

13/02/2018

data

timbro A.S.L./A.O.



firma



ASL
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino

☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

Al Direttore
S.C. Amministrazione del Personale e Legale
Dr.ssa Simonetta PAGANO
PEC :
personale.convenzionato-ex-aslto2@pec.aslcittaditorino.it

DISPONIBILITA' ASSEGNAZIONE TURNI VACANTI

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il sottoscritto _____ matricola _____

medico/professionista specializzato nella branca di oculistica, in servizio presso

_____ - _____

tel. _____.

Indirizzo PEC (obbligatorio) _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 18, comma 1, dell'ACN 17/12/2015 di partecipare all'assegnazione del turno vacanti per l'area professionale di:

- MEDICINA SPECIALISTICA PSICOLOGIA
 BIOLOGIA

e in modo specifico, per le seguenti ore:

DICHIARA DI ESSERE

titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato, ai sensi dell'ACN 17/12/2015, con anzianità d'incarico dal _____ e attualmente in servizio presso:

l'ASL _____ per numero ore settimanali _____

Torino, li _____

IL RICHIEDENTE

Per i turni con capacità professionali specifiche allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. La stessa deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale. La mancata presentazione del curriculum e della scheda riassuntiva delle competenze comporterà l'esclusione dalla partecipazione ai turni con capacità professionali

SCHEDA RIASSUNTIVA DELLE PARTICOLARI CAPACITA' PROFESSIONALI

La scheda è stata predisposta per rendere evidenti le competenze dei candidati rispetto ai singoli requisiti. Trattandosi di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (_____) il _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R.445 del 28/12/2000, e in riferimento ai requisiti richiesti nella Pubblicazione del _____ Allegato protocollo n. _____, Branchia specialistica/area professionale _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

requisito 1: (riportare il requisito presente sulla pubblicazione)

Capacità professionali acquisite (indicare le attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale)

requisito 2: (riportare il requisito presente sulla pubblicazione)

Capacità professionali acquisite (indicare le attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale)

requisito 3: (riportare il requisito presente sulla pubblicazione)

Capacità professionali acquisite (indicare le attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale)

Altre informazioni di rilievo

Data _____

Firma _____