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@aslcittaditorino.it
pec personale.convenzionato@cert.aslto2.piemonte.it

Prot. n. 45400...../19

Titolo....I..... Cat .....5..... Classe.....2.....

Torino, 29 MAR 2019

Ai Medici Diabetologi Convenzionati Interni
con incarico presso l'ASL Città di Torino

Oggetto: **AVVISO INTERNO** PER L'ASSEGNAZIONE DI TURNO VACANTE SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA DI N. 25.30 ORE SETTIMANALI FRAZIONABILI, RISERVATO A **MEDICI DIABETOLOGI 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 DIABETOLOGIA

Impegno orario: 25.30 (venticinque/30) ore settimanali frazionabili come di seguito indicato:

PRESIDIO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Totale ore
Pol. Via Farinelli 25 NEW_ 530113	-----	-----	9.00 - 14.00	-----	8.30 - 13.30	**10.00**
Pol. Via Gorizia 114 NEW_ 530112	-----	-----	8.00 - 12.00	8.00 - 12.00	-----	**8.00**
Pol. Via Monginevro 130 NEW_ 530111	----	8.30 - 9.00	14.00 - 17.00	15.00 - 17.00	14.00 - 16.00	**7.30**

Sedi di incarico: Poliambulatori Via Farinelli 25, Via Gorizia 114, Via Monginevro 130 - Distretto Sud Ovest

I medici interessati, il cui attuale impegno orario settimanale presso l'ASL Città di Torino non sia coincidente con il turno proposto, possono presentare la loro disponibilità compilando la domanda allegata al presente avviso, unitamente al curriculum vitae ed inviarla esclusivamente via Posta Elettronica Certificata all'indirizzo:
personale.convenzionato-ex-aslto2@pec.aslcittaditorino.it
entro e non oltre le ore 12.00 del 8 APRILE **2019** 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 e Legale
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
nm

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
della 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 _____

in servizio presso _____ tel. _____.

Indirizzo PEC (obbligatorio) _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 18, comma 1, dell'ACN 17/12/2015 di partecipare all'assegnazione dei turni 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 _____
l'ASL _____ per numero ore settimanali _____
l'ASL _____ per numero ore settimanali _____
l'ASL _____ per numero ore settimanali _____
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