



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. 58547/19

Torino, **24 APR 2019**

Titolo.....I..... Cat5..... Classe.....2.....

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 DI N. 15.00 ORE SETTIMANALI, CON PARTICOLARI CAPACITA', 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

Impegno orario: 15.00 (quindici) ore settimanali frazionabili come di seguito indicato:

PRESIDIO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Totale ore
Casa della Salute Via Silvio Pellico 28 cdc NEW_ 540112	8.00 - 13.00 (ecocardio e/o vis. amb.) 13.30 - 16.30 (vis. amb. e dom.)	-----	13.30 - 17.00 (ecocardio e/o vis. amb. e dom.)	-----	13.00 - 16.30 (ecocardio e/o vis. amb. e dom.)	15.00

Sedi di incarico: Casa della Salute Via Silvio Pellico 28 - Distretto Sud Est

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 alla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa al possesso delle capacità professionali richieste 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 4 MAGGIO 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

SCHEDA PER RICHIESTA PUBBLICAZIONI DI AREA MEDICA CON CAPACITÀ PROFESSIONALI

Pubblicazione di aprile Azienda Sanitaria Città 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, diagnostico 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 diagnostica ecografica

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)

Capacità necessaria a completamento del percorso diagnostico terapeutico dello scompenso cardiaco, definito a livello aziendale sulla scorta dei PDTA regionali e delle linee guida nazionali ed internazionali

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

Nell'attività professionale specifica non sempre è prevista la capacità di utilizzare l'ecocardiografo

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

Ecocardiografo presente nella Casa della Salute Valdese

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

1. Dr.ssa Chinaglia Alessandra – alessandra.chinaglia@aslcittaditorino.it – 3498324703
2. Dr. Avogliero Giuseppe – giuseppe.avogliero@aslcittaditorino.it - 3474166400

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

10/4/18

data

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

Dott.ssa Mara FANI
Direttore Distretto Sud Est

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
della S.C. Amministrazione del Personale
e Legale
Dr.ssa Simonetta PAGANO

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



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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ'

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

(Cognome Nome)

(Luogo di Nascita - Provincia)

residente a _____ Via _____ n° _____ Cap _____

(Residenza Anagrafica)

indirizzo posta elettronica _____

DICHIARA

consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 Dpr. 28.12.00, n. 445 ed in modo particolare delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni non corrispondenti al vero e di essere a conoscenza che sulla presente dichiarazione saranno effettuati i controlli previsti dagli artt. 70 e seguenti del Dpr. 445/00

Luogo e data

Il/La dichiarante

Il/La sottoscritto/a _____,

(indicare profilo o qualifica professionale) della S S Personale Convenzionato ex ASL TO 2, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante del quale ho accertato l'identità mediante _____

Luogo e data

Il (pubblico ufficiale)