



**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](mailto:convenzionati.interni@aslcittaditorino.it)  
pec [personale.convenzionato@cert.aslto2.piemonte.it](mailto:personale.convenzionato@cert.aslto2.piemonte.it)

Prot. n. ....**90878**...../19

Torino, **28 GIU 2019**

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

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

**Oggetto: AVVISO INTERNO PER L'ASSEGNAZIONE DI TURNO VACANTE SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA DI N. 3.00 ORE SETTIMANALI, RISERVATO A MEDICI DERMATOLOGI 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 DERMATOLOGIA

**Impegno orario:** 3.00 (tre) ore settimanali come di seguito indicato:

PRESIDIO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Totale ore
Poliambulatorio Via Monginevro 130 cdc NEW_ 530111	-----	14.00 - 17.00	-----	-----	-----	<b>3.00</b>

**Sede di incarico:** Poliambulatorio 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@pec.aslcittaditorino.it**

**entro e non oltre le ore 12.00 del 4 LUGLIO 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.

La decorrenza dell'incarico, stabilita dal Direttore Sanitario, è fissata al **1° agosto 2019**.

L'attribuzione dell'incarico è subordinata al conseguimento dell'attestato relativo al corso di formazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs 81/08 in termini di salute e sicurezza dei lavoratori, condizione essenziale ed imprescindibile per l'acquisizione dell'aumento orario.

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 \_\_\_\_\_

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