



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@pec.aslcitytorino.it

Prot. n. **91657**/19

Torino, - **1 LUG 2019**

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

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

Oggetto: AVVISO INTERNO PER L'ASSEGNAZIONE DI TURNO VACANTE SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA DI N. 38.00 ORE SETTIMANALI, RISERVATO A MEDICI CON SPECIALIZZAZIONE IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA 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 SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA

Impegno orario: 38.00 (TRENTOTTO) ore settimanali frazionabili come di seguito indicato:

PRESIDIO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Totale ore
Pol. Via Montanaro, 60 Cdc NEW_ 510113	8.00 - 14.30 15.00 - 16.30	----	----	----	8.00 - 13.30	13.30
Pol. Via Le Chiuse 66 Cdc NEW_ 510111	----	7.30 - 13.30	----	7.30 - 14.00 14.30 - 16.00	----	14.00
Pol. Via del Ridotto 9 Cdc NEW_ 510112	----	----	8.00 - 14.00 14.30 - 19.00	----	----	10.30

Sedi di incarico: Poliambulatori Via Montanaro 60 - Distretto Nord Est; Via Le Chiuse 66 e Via del Ridotto 9 - Distretto Nord 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.aslcitytorino.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 ff della S.C. Nutrizione Clinica e dal Direttore del Distretto Nord Ovest, 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 _____

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