

Avviso pubblico finalizzato al conferimento di incarichi annuali in qualità di Medici di Medicina Generale Convenzionati presso un ambulatorio denominato "ambulatorio delle non urgenze" separato dal PS/DEA dei Presidi Ospedalieri dell'ASL CITTA' DI TORINO e presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO, ai sensi della DGR n. 16 – 546 del 22/11/2019.

Per l'ASL Città di Torino gli incarichi annuali rinnovabili saranno attivati a copertura delle 24 ore/die, 7 giorni su 7 fino a concorrenza del monte ore assistenziale previsto in 26.400 ore/annue presso il Pronto Soccorso delle seguenti sedi DEA:

- Ospedale San Giovanni Bosco, Piazza Donatori del Sangue, 3 – TORINO
- Ospedale Maria Vittoria, Via Cibrario, 72 – TORINO
- Ospedale Martini, Via Tofane, 71- TORINO.

Per l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino gli incarichi annuali rinnovabili saranno attivati a copertura diurna di 11 ore al giorno per cinque giorni settimanali (dal lunedì al venerdì) e di 6 ore al giorno per il sabato, la domenica ed i festivi fino a concorrenza del monte ore assistenziale previsto in 3.500 ore/annue presso il Pronto Soccorso delle Molinette.

La finalità del presente avviso è garantire, attraverso la presenza programmata di Medici di Medicina Generale presso le sedi di Pronto Soccorso ospedaliero, una appropriata risposta assistenziale all'utenza al fine di ridurre gli accessi impropri per la Struttura di Urgenza-Emergenza.

L'impegno orario richiesto a ciascun medico sarà modulabile in funzione delle eventuali altre attività convenzionali in corso di svolgimento e sarà fissato tra le 4 e le 24 ore settimanali.

Il trattamento economico è stabilito dall'art. 72 dell'ACN 29.07.2009 e dagli Accordi Integrativi Regionali ed è pari a **€ 30,62** lordi orari.

REQUISITI RICHIESTI

Sarà redatta una graduatoria dei medici aspiranti all'incarico secondo le seguenti fasce di priorità previste dalla DGR n. 60-8114 del 14/12/2018:

- a) Medico di Medicina Generale, in possesso del titolo di formazione o titolo equipollente, già inserito nella graduatoria regionale vigente della Medicina Generale, che non intrattiene altra forma di convenzione con il SSN;
- b) Medico di Medicina Generale, in possesso del titolo di formazione o titolo equipollente, non inserito nella graduatoria regionale vigente della Medicina Generale, che non intrattiene altra forma di convenzione con il SSN;
- c) Medico di Medicina Generale che esercita attività convenzionata con il SSN:
 - solo attività di Assistenza Primaria sino a 1200 scelte,
 - solo attività di Continuità Assistenziale fino a 24 ore settimanali,
 - solo attività di Assistenza Primaria sino a 350 scelte e attività di Continuità Assistenziale fino a 24 ore settimanali;
- d) Medico di Medicina Generale che esercita attività convenzionata con il SSN:
 - solo attività di Assistenza Primaria oltre le 1200 scelte,
 - solo attività di Continuità Assistenziale fino a 38 ore settimanali;
- e) Medico laureato in Medicina e Chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione e del titolo d'idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza sanitaria territoriale 118 rilasciato a seguito del superamento del relativo corso;
- f) Medico laureato in Medicina e Chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
- g) Medici che frequentano i corsi di specializzazione.

All'interno di ogni fascia saranno conferiti:

- 10 punti ai medici residenti nella Regione Piemonte,
- 0,1 punto per ogni mese di anzianità di servizio presso DEA/PS della Regione Piemonte.

In caso di pari merito prevale il medico con minore età alla laurea e, in subordine, con maggior voto di laurea.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: TERMINI E MODALITA'

Le domande di partecipazione, corredate da imposta di bollo da € 16,00, secondo il modello allegato, devono essere inviate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento all'**ASL CITTA' DI TORINO – S.C. Amministrazione del Personale e Legale – Via San Secondo, 29 – 10128 - Torino**, in alternativa con posta certificata all'indirizzo: **personale.convenzionato@pec.aslcittaditorino.it**, **entro le ore 12,00 del quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul Sito Aziendale**. Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine di presentazione si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

E' obbligatorio allegare fotocopia di un documento d'identità dell'aspirante interessato in corso di validità; la data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

L'A.S.L. declina ogni responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendenti da inesatte o non chiare indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva segnalazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Azienda.

L'Amministrazione procederà a verificare il requisito di ammissibilità dei candidati, comunicando per iscritto ai candidati non ammessi i motivi della loro esclusione.

Per l'ammissione alla selezione gli aspiranti devono dichiarare nella domanda:

- cognome, nome, data e luogo di nascita, residenza;
- il domicilio, l'eventuale numero di telefono e indirizzo di posta elettronica presso il quale deve essere loro fatta ogni comunicazione relativa alla selezione;
- un ordine di preferenza tra le sedi ospedaliere.

Ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, i dati forniti dai candidati saranno raccolti presso gli uffici aziendali per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili - amministrativi inerenti. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura.

Con la partecipazione alla selezione è implicita da parte degli aspiranti l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni del presente bando.

Alla domanda i candidati dovranno allegare:

- un curriculum formativo e professionale redatto in carta semplice, datato e firmato in ogni pagina;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione, secondo il modello allegato;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per conformità agli originali;
- copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità

Non saranno valutati titoli presentati oltre il termine di scadenza del presente bando, né saranno presi in considerazione documenti in copia non autenticata o non autocertificati ai sensi di legge.

DISPOSIZIONI FINALI

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per ulteriori informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla della S.C. "Amministrazione del Personale e Legale" tel. 011/5662513. E-mail: convenzionati.interni@aslcittaditorino.it

IL DIRETTORE

S.C. Amministrazione del Personale e Legale

Dr.ssa Simonetta PAGANO

Firmato in originale



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

Alla S.C. Amministrazione del Personale e
Legale
Via San Secondo, 29
10128 - TORINO
Pec:
personale.convenzionato@pec.ascittaditorino.it

Marca da bollo

€ 16,00

Domanda di ammissione all'Avviso pubblico finalizzato al conferimento di incarichi annuali in qualità di Medici di Medicina Generale Convenzionati presso un ambulatorio denominato "ambulatorio delle non urgenze" separato dal PS/DEA dei Presidi Ospedalieri dell'ASL CITTA' DI TORINO e presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO, ai sensi della DGR n. 16 – 546 del 22/11/2019.

Il/la sottoscritto/a Dr. /Dr.ssa _____

Chiede di partecipare all'avviso in oggetto e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere nato/a a _____ il _____
- Di risiedere a _____ Via _____
- Tel. _____ C.F. _____

Il domicilio e l'eventuale numero telefonico presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla selezione è il seguente:

..... E-mail

Indicare la sede ospedaliera prescelta (la scelta non è vincolante) :

- Ospedale Maria Vittoria Ospedale S. Giovanni Bosco Ospedale Martini
- A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Si allega alla domanda:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per conformità originali
3. curriculum vitae
4. copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità

Luogo e data _____ 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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(artt.38 e 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
(Cognome e Nome)

con riferimento alla domanda di ammissione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi annuali, in qualità di Medici di Medicina Generale convenzionati per l'ambulatorio delle non urgenze, da espletarsi presso le sedi di Pronto Soccorso – DEA dei Presidi Ospedalieri dell'ASL CITTA' DI TORINO e dell'A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO, ai sensi della D.G.R. n. 16-546 del 22/11/2019 **con scadenza il** _____

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____ presso _____ del comune di _____ con la votazione di _____
- di essere abilitato all'esercizio della professione medica e iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ n. Iscrizione _____ dall'anno _____
- di aver conseguito i seguenti altri titoli di studio (contrassegnare e completare le parti che interessano):
 - Attestato relativo al Corso di Formazione triennale in Medicina Generale conseguito nell'anno _____ presso _____
 - di essere iscritto al Corso di Formazione triennale in Medicina Generale anno _____ presso _____
 - di essere iscritto alla specializzazione in _____ anno _____ presso _____
 - di essere iscritto nella graduatoria anno _____ della Regione Piemonte per la Medicina Generale
 - di essere Medico Convenzionato che esercita solo attività di Assistenza Primaria sino a 1200 scelte
 - di essere Medico Convenzionato che esercita solo attività di Continuità Assistenziale fino a 24 h
 - di essere Medico Convenzionato che esercita attività di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale (Assistenza Primaria fino a 350 scelte e Continuità Assistenziale a 24 ore settimanali)
 - di essere Medico Convenzionato che esercita solo attività di Assistenza Primaria oltre le 1200 scelte
 - di essere Medico Convenzionato che esercita solo attività di Continuità Assistenziale a 38 h
 - di essere Medico in possesso dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 rilasciato a seguito di superamento del relativo corso
 - di avere prestato attività lavorativa presso i DEA/PS della Regione Piemonte a decorrere dal _____ al _____ presso l'ASL _____

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art.76 del DPR n. 445/2000, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti.

Torino, lì _____ Il Dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza, si evidenzia che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso gli uffici aziendali per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili e amministrativi relativi alla selezione.. In assenza del conferimento dei Suoi dati la pratica non potrebbe avere corso regolare.



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 NOTORIETA'

(Art.47 e Art.38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° ____ Cap. _____

DICHIARO

che le copie dei seguenti documenti, allegata alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali:

Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R.445/2000.

Dichiaro di essere informato, ai sensi delle disposizioni vigenti, che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso la S.C. "Amministrazione del Personale e Legale" dell'ASL CITTA' DI TORINO e saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento concorsuale per il quale vengono resi ovvero, nel caso di costituzione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto stesso.

Torino, _____

Il dichiarante