

SS. Gestione Convenzioni Uniche Nazionali

PROROGA
AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO
DETERMINATO PER L'UNITA' SPECIALE DI CONTINUITA'
ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19

Si rende noto che, in applicazione di quanto disposto dal D.L. 9/3/2020 n. 14 art. 8, viene indetto l'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato per l'istituzione di UNITA' SPECIALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19.

Le sedi saranno individuate presso ogni Distretto dell'ASL AL.

Possono presentare istanza per l'inserimento in graduatoria:

- Medici titolari, a tempo determinato e sostituti di continuità assistenziale;
 - Medici che frequentano il corso di formazione in Medicina Generale;
- in via residuale, potranno partecipare i
- Medici laureati in medicina e chirurgia di cui all'art. 102 del D.L. 17/3/2020 n. 18 iscritti all'ordine di competenza.

La graduatoria verrà predisposta secondo l'ordine di arrivo delle domande e in subordine a parità di posizione prevalgono nell'ordine: la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

L'Unità Speciale è attiva 7 giorni su 7 dalle ore 8 alle ore 20; ai Medici che partecipano alle attività svolte nell'ambito della stessa è riconosciuto un compenso lordo di 40 Euro ad ora.

Ai sensi dell'art. 13 del DL 14/2020 ai Medici facenti parte delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale non si applicano le disposizioni previste dagli ACN e dalle normative nazionali ed europee in tema di massimi di orario.

La durata dell'incarico sarà limitata allo stato di emergenza epidemiologica da COVID 19.

L'ASL si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di prorogare sospendere o revocare il presente bando o parte di esso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità.

I medici aspiranti agli incarichi presso l'Unità Speciale nei Distretti dell'ASL AL dovranno essere in possesso della patente di guida per poter utilizzare l'automezzo di servizio fornito dall'ASL, privo di autista. In difetto gli spostamenti saranno a carico del Medico interessato.

I medici interessati dovranno presentare la domanda di partecipazione, redatta sul modulo predisposto dall'Azienda scaricabile, dal sito della ASL AL (www.aslal.it) completo in ogni sua parte, e **dovrà pervenire** alla seguente casella di posta elettronica certificata dell'Azienda:



Sede legale: Via Venezia, 6
15121 ALESSANDRIA
PEC: aslal@pec.aslal.it
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

aslal@pec.aslal.it o a mezzo raccomandata alla ASL AL – Ufficio Protocollo – Via Venezia, 6 – 15121 ALESSANDRIA, **FINO AL TERMINE DELL'EMERGENZA DA COVID 19**.

A tal fine farà fede la data il timbro postale di ricezione. Non saranno ritenute valide le domande inviate via fax.

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione, ma la stessa deve essere presentata unitamente a fotocopia di valido documento di identità, pena l'esclusione della stessa.

SCADENZA AL TERMINE DELL'EMERGENZA CODIV 19.

Alessandria, 1° aprile 2020



**Sede legale: Via Venezia, 6
15121 ALESSANDRIA
PEC: aslal@pec.aslal.it
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067**

**SS. Gestione Convenzioni Uniche Nazionali
Via Pacinotti, 38 – 15121 Alessandria
tel. 0131 307530/ 307422
e-mail: convenzionemedici@aslal.it - www.aslal.it**

**DOMANDA PER IL PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO
DETERMINATO PER L'UNITA' SPECIALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER
L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19
(ART. 8 D.L. 9/3/2020 N. 14)**

Raccomandata A.R.
o PEC: aslal@pec.aslal.it

UFFICIO PROTOCOLLO
ASL AL
VIA VENEZIA, 6
15121 ALESSANDRIA

Il sottoscritto Dott.....nato a.....

Prov ilCodice Fiscale

Residente a Vian.....

CAP. Tel.....email:.....

Pec (obbligatoria):.....,

**VISTO L'AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO
DETERMINATO PER L'UNITA' SPECIALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER
L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19,**

chiede l'inserimento nella graduatoria aziendale.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di..... in datacon valutazione finale di.....;

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di..... dal.....;

- di essere Medico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'ASL
- di essere Medico di Continuità Assistenziale a tempo determinato presso l'ASL
- di essere Medico Continuità Assistenziale sostituto presso l'ASL

di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno.....con punti

di essere/non essere (1) in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente;

di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L. n.256/1991 presso la Regione.....dal..... anno di frequenza

- o di non appartenere alle categorie suddette del presente avviso;

Note

.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Mi impegno a comunicare tramite raccomandata A.R. O PEC all' ASL, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autentica qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Sono consapevole che all'atto dell'assunzione non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità di cui all'art. 17 ACN 29/7/2009;

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la presente domanda: Via /Piazzan.....Località.....
Prov.....Cap.....Tel.....email.....

pec:.....

si allega alla presente domanda:

Copia fotostatica di valido documento di identità;

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASL AL ed Enti o Aziende collegate per finalità inerenti al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente domanda, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato. I dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679.

(1) Cancellare la parte che non interessa

Luogo e data

FIRMA