

**RIAPERTURA TERMINI AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A
TEMPO DETERMINATO PER L'UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER
L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19**

SCADENZA FINE EMERGENZA COVID 19

Vengono riaperti i termini dell'avviso pubblico, già pubblicato con scadenza 3 aprile 2020. 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 UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID.

Le sedi saranno individuate dal Distretto dell'A.S.L. BI

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. 17/03/2020 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 8 alle 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 BI di Biella dovranno essere in possesso della patente di guida B. Si prega pertanto i suddetti medici di inviare, allegati alla domanda, oltre al documento di identità, fotocopia del documento citato

I Medici interessati dovranno presentare la domanda di partecipazione, redatta sul modulo predisposto dall'Azienda scaricabile, dal sito dell'ASL BI completo in ogni sua parte, e **dovrà pervenire** alla seguente casella di posta elettronica certificata dell'Azienda: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it o a mezzo di raccomandata alla ASL BI – Ufficio Protocollo – Via dei Ponderanesi, 2 - 13875 Ponderano (BI).

Non saranno ritenute valide la 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.**

Ponderano, 28 aprile 2020

**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: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it

UFFICIO PROTOCOLLO
ASL BI
VIA DEI PONDERANESI, 2
13875 PONDERANO (BI)

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**
- **valida patente di guida B;**

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASL BI 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