



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

www.asl.novara.it

Prot. n 1578/22

Novara, 07/03/2022

**AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI ADESIONI DI MEDICI VOLONTARI PER PRESTAZIONI
SANITARIE DA SVOLGERSI PRESSO LA S.C. SERVIZIO IGIENE SANITÀ PUBBLICA
DELL'A.S.L. NO**

SI RENDE NOTO

che questa Amministrazione indice il presente avviso per la ricerca di laureati in Medicina e Chirurgia, abilitati ed iscritti all'albo, ai fini della costituzione di un elenco di MEDICI VOLONTARI per prestazioni sanitarie da svolgersi presso la s.c. Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) dell'ASL NO.

- supporto organizzativo alle attività di contact tracing e monitoraggio Covid;
- attività ambulatoriale per vaccinazioni pediatriche e per adulti, con particolare riguardo alle sedi SISP dell'area Nord (Arona e Borgomanero);
- supporto alla direzione del Servizio per le attività di commissione Provinciale e Comunale di Pubblico Spettacolo;
- supporto alle attività di competenza SISP nell'ambito del Piano Locale di Prevenzione

Sono ammessi a partecipare alla manifestazione di interesse, i cittadini italiani nel pieno godimento dei diritti civili e politici ovvero i cittadini di Paesi dell'Unione europea e i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea, purché in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità che godano dei diritti civili e politici nel proprio Stato di appartenenza, in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea in Medicina e Chirurgia;
- abilitazione all'esercizio della professione
- iscrizione al competente ordine professionale
- specializzazione in Igiene, Epidemiologia e sanità pubblica o discipline equipollenti ai sensi del D.M. 30/01/1998

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito in possesso per la presentazione delle adesioni.

È prevista un'assicurazione obbligatoria a favore del volontario contro malattie, infortuni e responsabilità civile verso terzi, con oneri a carico dell'Amministrazione che stipula la convenzione. Rimane a carico del volontario la copertura assicurativa per colpa grave.

E altresì previsto, in favore del medico volontario, il rimborso delle spese dallo stesso sostenute e adeguatamente documentate.



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO
S.C. Servizio Gestione Personale e Valorizzazione Risorse Umane
Direttore: dott. Gianluca Corona
Tel. 0321/374564



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

La domanda di adesione rivolta al Direttore Generale dell'ASL NO, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, deve essere trasmessa all'indirizzo protocollogenerale@pec.as.novara.it, **entro il 14/03/2022**

L'ASL NO effettuerà i controlli in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso in relazione alle prestazioni richieste.

Il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D. Lgs. 19/09/2018 n. 101 e dal Regolamento UE 2016/679; i dati personali saranno raccolti presso la struttura competente dell'Azienda Sanitaria utilizzatrice per l'eventuale svolgimento dell'attività e per le finalità inerenti la gestione della medesima.


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Penna



 **REGIONE
PIEMONTE**

www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO
S.C. Servizio Gestione Personale e Valorizzazione Risorse Umane
Direttore: dott. Gianluca Corona
Tel. 0321/374564



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

ASL NO
Viale Roma 7 - NOVARA
protocollogenerale@pec.asl.novara.it

**DOMANDA PER L'ADESIONE A SVOLGERE PRESTAZIONI SANITARIE IN FAVORE DELLA
S.C. SERVIZIO IGIENE SANITÀ PUBBLICA DELL'A.S.L. NO**

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente a _____
cittadinanza: _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di personale volontario disponibile ad effettuare prestazioni sanitarie presso la
s.c. Servizio Igiene Sanità Pubblica dell'ASL NO

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., **dichiara sotto la
propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni in caso di
dichiarazioni non veritiere:**

di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso e precisamente:

- a) laurea in medicina e chirurgia conseguita in data _____
presso _____
- b) abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data _____
presso _____
- c) specializzazione in _____ conseguita in data _____
presso _____



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

d) iscrizione all'Ordine Professionale: Provincia di _____ dal _____

dichiara altresì

- di aver stipulato la prevista copertura assicurativa per colpa grave

L'ASL NO effettuerà i controlli in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso in relazione alle prestazioni richieste.

Riferimenti del volontario:

tel. _____ mail _____

pec _____

firma _____

Allegato: documento di identità