



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

Sede Legale: viale Roma 7
28100 Novara
tel. 0321 374111
www.asl.novara.it

**COMITATO CONSULTIVO ZONALE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
NOVARA**

**PUBBLICAZIONE INCARICHI DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA
AMBULATORIALE I.N.A.I.L. Novara**

Incarico a tempo determinato (art.22 A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i.)

Settembre 2022

Possono partecipare all'assegnazione degli incarichi i medici in possesso del diploma di specializzazione nella Branca specialistica dell'area medica pubblicata. L'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni sancito in data 31.03.2020, all'art. 22 comma 2, stabilisce che l'incarico sarà conferito allo specialista secondo le graduatorie annuali di cui all'art.19 (ambito provinciale di Novara, anno 2022) in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda.

In caso di indisponibilità di specialisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 comma 10, l'Ente può utilizzare quelle di cui al comma 12.

Gli interessati dovranno far pervenire, a mezzo lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, la propria disponibilità dal **1.09.2022** al **15.09.2022** al

**Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale
ASL NO Viale Roma 7 - 28100 Novara
pec: protocollogenerale@pec.asl.novara.it**

I moduli per la presentazione della domanda, sono disponibili sul sito web dell'ASL NO al seguente indirizzo: www.asl.novara.it - **sezione concorsi/avvisi/tipologia/avvisi personale convenzionato**.

Le domande inoltrate tramite servizio postale saranno ritenute utilmente prodotte purché spedite a mezzo lettera raccomandata A/R entro il termine di scadenza. A tal fine fa fede il timbro postale dell'Ufficio accettante.

Non verranno accettate domande di disponibilità pervenute prima del 01.09.2022 e dopo il 15.09.2022.

I.N.A.I.L. Novara

n. 1 incarico a tempo determinato (mesi 6 rinnovabili) per n. 38 ore sett.li non frazionabili, branca di **Medicina Legale** da svolgersi presso Ambulatorio Prime Cure del Centro Medico Legale I.N.A.I.L. sede di Novara con il seguente orario:

Lunedì	8.00 – 16.00
Martedì	8.00 – 15.00
Mercoledì	8.00 – 16.00
Giovedì	8.00 – 15.00
Venerdì	8.00 – 16.00

Gli orari e le giornate di turno possono essere eventualmente modificati in accordo con il primario del Centro Medico Legale.

Occorre allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione:

- **fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità**
- **informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.**

Novara, _____

**Al Comitato Zonale per la Medicina
Specialistica Ambulatoriale di Novara
presso ASL NO Viale Roma 7
28100 Novara**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INCARICO DISPONIBILE I.N.A.I.L. Novara
Tempo determinato (art. 22, comma 1, A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i)**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa....., nato/a.....,
il....., presa visione della pubblicazione dell'incarico di attività specialistica ambulatoriale per il
mese di **Settembre 2022** effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità
per l'incarico nella branca specialistica di.....per complessive ore
settimanali:

I.N.A.I.L. - Novara

n. **38** ore sett.li, **non frazionabili**, branca di **Medicina Legale** c/o Ambulatorio Prime Cure **C.M.L. –
I.N.A.I.L. - Novara**

dichiara

- a) di aver conseguito la laurea in.....il.....
b) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di.....
dal.....
c) di essere in possesso del diploma di specializzazione in.....
conseguito il.....c/o.....

dichiara di essere

Medico specialista iscritto nelle graduatorie generali di cui all'art. 19 dell'A.C.N, anno 2022 del Comitato
Zonale di Novara, per la branca di.....

altro specificare.....

Località.....data.....firma.....

**Il sottoscritto infine dichiara di essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle
attività incompatibili secondo la normativa vigente.**

Firma _____

Indirizzo presso cui desidera eventuali comunicazioni:

_____ Telefono: _____

Si allega:

- fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità
- informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ***

Egregio/a Dottore/Dottoressa,

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs 10 agosto 2018, n. 101 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. UE 2016/679 relativi alla tutela del trattamento dei dati personali per i partecipanti a concorsi e selezioni a vario titolo.

- Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente alla definizione delle graduatorie al fine dell'assegnazione dell'incarico disponibile nel trimestre e nella branca interessata, ai sensi dell'A.C.N. vigente che regola i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, avvalendosi anche di strumenti informatici;
- Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, **in caso di rifiuto, la SV non potrà essere inserita in dette graduatorie.**
- I dati personali e la posizione in graduatoria saranno trasmessi all'Asl/Ente che ha chiesto la pubblicazione dei turni;
- In merito al trattamento dei propri dati personali l'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15,16,17 e 18 del Regolamento.
In caso di sottoscrizione di una qualsiasi forma di consenso al trattamento richiesto dall'Asl di Novara si fa presente che l'interessato può revocarlo in qualsiasi momento, contattando il titolare del trattamento all'indirizzo mail: protocollogenerale@pec.asl.novara.it
- Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria di Novara, con sede in Viale Roma, n.7-28100 Novara (NO)

* L'informativa completa è pubblicata sul sito internet aziendale: www.asl.novara.it nella sezione "Privacy"

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'AMBITO DEL
PROCEDIMENTO PER IL QUALE VIENE RESA LA PRESENTE DICHIARAZIONE.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....,
nato/a.....il...../...../.....

Ricevuta l'informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Il trattamento e la divulgazione dei propri dati personali, con particolare riferimento alla segnalazione del proprio nominativo, indirizzo e recapiti telefonici, alle AA.SS.LL. ed agli Enti che hanno richiesto la pubblicazione dei turni, ai sensi dell'A.C.N. vigente.

(data)

(firma)