



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 ASL NO - NOVARA

PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE I.N.A.I.L. Novara

Incarico a tempo indeterminato (art. 21 A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i.)

Settembre 2022

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 20 comma 3 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre Professionalità del 31.03.2020 e s.m.i. si pubblicano i seguenti turni vacanti:

I.N.A.I.L. Novara

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 4 ore sett.li, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Otorinolaringoiatria da svolgersi presso Ambulatorio Prime Cure I.N.A.I.L. sede di Novara con il seguente orario:

Mercoledì 8.30 – 12.30 (a settimane alterne)

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

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**.

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 presso A.S.L. NO
Viale Roma 7 - 28100 NOVARA
pec: protocollogenerale@pec.asl.novara.it

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 1.09.2022 e dopo il 15.09.2022.

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 Novara
presso ASL NO Viale Roma 7
28100 Novara**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI
ASL NO**

Tempo indeterminato

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

da presentare unitamente ad una copia di un documento d'identità

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a _____,
il _____, presa visione della pubblicazione dei turni vacanti di attività specialistica ambulatoriale
per il mese di **settembre 2022** effettuata da questo Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per
l'incarico di **n. 4 ore sett.li non frazionabili** all'atto dell'assegnazione, branca di **Otorinolaringoiatria** presso
l'Ambulatorio Prime Cure I.N.A.I.L. sede di Novara:

Dichiara

- a) di aver conseguito la laurea in _____ il _____
b) di essere iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi di _____ dal _____
c) di aver conseguito specializzazione in _____ il _____
presso _____

Dichiara di essere

1. titolare d'incarico **ambulatoriale convenzionato a tempo indeterminato** ai sensi dell' **A.C.N. del 31.03.2020 e s.m.i. (art. 21 comma 2)** con decorrenza incarico dal _____

- lett. a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo presso Asl, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico;

Ore sett.li _____ Asl/Ente _____;

- lett. b) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, esclusivamente, attività regolamentata dal presente Accordo presso Asl, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate in diverso ambito zonale della stessa Regione o di altra Regione confinante;

Ore sett.li _____ Asl/Ente _____;

- lett. c) titolare di incarico a tempo indeterminato presso Asl, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate in ambito zonale di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

Ore sett.li _____ Asl/Ente _____;

- lett. d) Specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Ore sett.li _____ Asl/Ente _____;

- lett. e) Specialista titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

Ore sett.li _____ Asl/Ente _____;

- lett. f) titolare a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 28 comma 1;

Ore sett.li _____ Asl/Ente _____;

- lett. g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;

Ore sett.li _____;

- lett. h) Specialisti iscritti nelle graduatorie generali di cui all'art. 19 dell'A.C.N. in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi del Comitato Zonale di Novara;

- lett. i) Specialisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19;

- lett. j) medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico dipendente del SSN che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano;

(specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) _____

2. altro (specificare) _____

Ai fini delle procedure di cui all'art. 21 comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione della lettera h e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della assegnazione dell'incarico costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione prevale l'anzianità di specializzazione e, successivamente, l'anzianità di laurea ed in subordine la minore età anagrafica.

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

Luogo _____ data _____

firma _____

Indirizzo presso cui desidera eventuali comunicazioni: _____

Telefono: _____

mail _____

pec _____

Si allega:

**fotocopia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità;
Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei 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.

1. 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;
2. 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.**
3. I dati personali e la posizione in graduatoria saranno trasmessi all'Asl/Ente che ha chiesto la pubblicazione dei turni;
4. 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: protocollogeneralepec.asl.novara.it
5. 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)