

**ASL NO**  
**Comitato Zonale**

**Presentazione domande per l'inclusione nelle graduatorie dei Medici Specialisti ambulatoriali e dei Medici Veterinari valide per l'anno 2024**

Le domande per l'inserimento nelle graduatorie anno 2024 per Medici Specialisti ambulatoriali e Medici Veterinari valide per la sola provincia di Novara devono essere presentate mediante procedura telematica entro e non oltre il **31.01.2023** all'**ASL NO Comitato Zonale Viale Roma 7 - 28100 Novara**.

**pec: [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)**

L'Ambito di competenza è la sola provincia di Novara.

Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'art. 27, comma 1, lettere h) e l) e devono possedere alla scadenza del termine i requisiti di cui all'art. 19, comma 4 dell'ACN 31.03.2020 e s.m.i.

La domanda deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Ad ogni domanda deve essere allegata:

- **marca da bollo da 16.00 Euro.**
- **dichiarazione sostitutiva di certificazione compilata in ogni parte;**
- **informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.**

La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine previsto, comportano l'esclusione dalla graduatoria.

La domanda va rinnovata ogni anno e deve riportare anche gli eventuali titoli accademici e professionali aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. La dichiarazione sostitutiva di certificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

I Medici Specialisti ed i Medici Veterinari che intendono presentare domande per più branche o aree devono compilare un modulo per ogni domanda.

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA SPECIALISTI  
AMBULATORIALI ANNO 2024**

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni.

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

Marca da bollo come da norme vigenti €16.00
--

**ALL'AZIENDA SANITARIA ASL NO  
SEDE DEL COMITATO ZONALE  
VIALE ROMA, 7 - 28100 NOVARA  
protocollogenerale@pec.asl.novara.it**

Il/La sottoscritto/a Dott....., nato/a a.....  
(prov.....) il ..... Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via.....n.....CAP.....  
Telefono.....e-mail.....  
Pec .....

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- MEDICI SPECIALISTI: BRANCA DI.....**
- MEDICI ODONTOIATRI: BRANCA DI ODONTOIATRIA**

*(Presentare una domanda per ogni singola branca)*

a valere per l'anno **2024**, **relativamente all'ambito zonale di Novara** nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

A tal fine allega autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria, fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità, informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

.....  
.....

Data.....Firma per esteso.....

***Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più specializzazioni che consentono l'inclusione in più graduatorie occorre presentare specifiche domande separate.***

# DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA MEDICI VETERINARI ANNO 2024

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i Medici Veterinari.

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

Marca da bollo come da  
norme vigenti €16.00

**ALL'AZIENDA SANITARIA ASL NO  
SEDE DEL COMITATO ZONALE  
VIALE ROMA, 7 - 28100 NOVARA  
protocollogenerale@pec.asl.novara.it**

Il/la sottoscritto/a Dott....., nato/a a.....  
(prov.....) il .....Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....CAP.....  
Telefono.....e-mail.....  
Pec .....

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei **MEDICI VETERINARI**:

- Branca Sanità Animale (Area A)**
- Branca Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli animali di origine animale e loro derivati (Area B)**
- Branca Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C)**

*(Presentare una domanda per ogni singola branca)*

a valere per l'anno **2024** relativamente all'ambito zonale di Novara nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tal fine allega autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria, fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità, informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

.....  
.....

Data.....Firma per esteso.....

***Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più specializzazioni che consentono l'inclusione in più graduatorie occorre presentare specifiche domande separate.***

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a Dott....., nato/a a .....  
(prov.....) il..... M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (prov.....)  
Indirizzo..... n..... Cap.....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28 dicembre 2000 n. 445

### DICHIARA

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

di essere cittadino italiano;  
 di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE  
(specificare).....  
 di possedere  il diploma di laurea ovvero  la laurea specialistica della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria)  
conseguita presso l'Università di ..... in data ...../...../.....;

con voto ...../110  senza lode  con lode,  
con voto ...../100  senza lode  con lode;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di ..... (medico chirurgo o odontoiatria, o medico veterinario) nella sessione..... presso l'Università di.....

- di essere iscritto all'Albo professionale..... (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari) presso l'Ordine provinciale/regionale di..... dal...../...../.....;

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in.....conseguita il ...../...../.....  
presso l'Università di .....con voto..... senza lode  con lode

in.....conseguita il ...../...../.....  
presso l'Università di .....con voto..... senza lode  con lode

in.....conseguita il ...../...../.....  
presso l'Università di .....con voto..... senza lode  con lode

in.....conseguita il ...../...../.....  
presso l'Università di .....con voto..... senza lode  con lode

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;

- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale o veterinario;

- di aver svolto nell'ambito della:

**Medicina Specialistica** Branca di: .....

**Medicina Veterinaria:**

Branca Sanità Animale (Area A)

Branca Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (Area B)

Branca Igiene degli allevamenti e delle riproduzioni zootecniche (Area C)



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

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2023 il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che 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 detta graduatoria.**
3. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte e sul sito istituzionale dell'Azienda A.S.L NO Regione Piemonte.
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: [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)
5. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria di Novara, il cui Legale rappresentante è il Direttore Generale.

I dati anagrafici contenuti nella domanda ed i recapiti telefonici potranno, altresì, essere forniti alle AA.SS.LL ed agli Enti firmatari, al fine di consentire agli stessi le procedure di assegnazione dirette di eventuali incarichi. Per la trasmissione di tali dati si richiede esplicito consenso.

\* L'informativa completa è pubblicata sul sito internet: [www.asl.novara](http://www.asl.novara). Nella sezione "Privacy"

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE AREA MEDICI SPECIALISTI E VETERINARI AI SENSI DEGLI ARTT. 19 E 23 DELL'A.C.N DEL 31.03.2020

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

Ricevuta l'informativa resa all'interessato per i 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 firmatari, per i fini istituzionali di cui agli artt. 19 e 23 dell'A.C.N del 31.03.2020

data

firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_