



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

Sede Legale: viale Roma 7  
28100 Novara  
Tel. 0321 374111  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## COMITATO CONSULTIVO ZONALE ASL NO - NOVARA

### PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE A.S.L. NO - Novara

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

**Dicembre 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:

**A.S.L. NO - Novara**

**n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 12 ore sett.li, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Dermatologia** da svolgersi presso i Poliambulatori del Distretto Area Nord.

**n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 20 ore sett.li, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Diabetologia** di cui n. 12 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Novara – Distretto Urbano di Novara e n. 8 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate - Distretto Area Sud.

**n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 38 ore sett.li, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Ortopedia** di cui n. 15 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Novara – Distretto Urbano di Novara, n. 16 ore da svolgersi presso i Poliambulatori del Distretto Area Nord, n. 5 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate - Distretto Area Sud e n. 2 ore da svolgersi presso la Casa Circondariale di Novara.

**n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 24 ore sett.li, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Pneumologia** di cui n. 12 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate - Distretto Area Sud e n. 12 ore da svolgersi presso i Poliambulatori del Distretto Area Nord.

**n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 38 ore sett.li, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Radiologia** da svolgersi presso le sedi dell'ASL NO di Novara.

**n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 10 ore sett.li, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Urologia** di cui n. 8 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate - Distretto Area Sud e n. 2 ore da svolgersi presso la Casa Circondariale di Novara.

I moduli per la presentazione della domanda, sono disponibili sul sito web dell'ASL NO al seguente indirizzo: [www.asl.novara.it](http://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 **1.12.2022** al **15.12.2022** 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](mailto: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 01.12.2022 e dopo il 15.12.2022.**

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 **dicembre 2022** effettuata da questo Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per  
l'incarico di n. \_\_\_\_\_ ore sett.li non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di (barrare la casella di  
interesse):

- Dermatologia
- Diabetologia
- Ortopedia
- Pneumologia
- Radiologia
- Urologia

**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 prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, l'anzianità di laurea ed in subordine la minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

**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 \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

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: protocollo generale@pec.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](http://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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_