



**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  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
NOVARA**

**PUBBLICAZIONE INCARICHI DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE A TEMPO DETERMINATO  
(art. 22 A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i.)**

**Marzo 2023**

Possono partecipare all'assegnazione degli incarichi i medici in possesso del diploma di specializzazione nella Branca specialistica dell'area medica pubblicata. L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni del 31.03.2020 e s.m.i., stabilisce che, ai sensi dell'art. 22 comma 2, l'incarico sarà conferito allo specialista secondo le graduatorie annuali di cui all'art.19 (ambito provinciale di Novara, anno 2023) 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 **1.03.2023** al **15.03.2023** al

**Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale  
ASL NO Viale Roma 7 - 28100 Novara  
pec: [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto: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](http://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 01.03.2023 e dopo il 15.03.2023.**

**AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA**

**n. 1 incarico a tempo determinato della durata di mesi sei (rinnovabile per ulteriori sei) per n. 5 ore settimanali non frazionabili**, branca di **Odontoiatria** in possesso di specializzazione in Ortognatodonzia da svolgersi presso la SCU Odontoiatria dell'AOU Maggiore della Carità di Novara.

Gli orari e le giornate di attività saranno concordate con il Direttore della struttura sopra indicata sulla base delle esigenze della struttura.

**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.

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INCARICO DISPONIBILE  
AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ DI 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 **Marzo 2023** effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per  
l'incarico nella branca specialistica di \_\_\_\_\_ per complessive  
ore settimanali:

n. **5 ore** settimanali, non frazionabili, branca di **Odontoiatria**, specializzazione in Ortognatodonzia c/o  
**SCDU Odontoiatria dell'AOU Maggiore della Carità di 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 annuali, di cui all'art. 19, comma 10 del vigente ACN, valide  
per l'anno 2023, del Comitato Zonale di Novara, per la branca di \_\_\_\_\_  
 altro specificare \_\_\_\_\_

**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 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](mailto: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](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)