



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

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

COMITATO ZONALE DI NOVARA
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Azienda Sanitaria Locale di Novara

PUBBLICAZIONE INCARICHI DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A TEMPO DETERMINATO
(art. 22 A.C.N. 04.04.2024)

GIUGNO 2025

Possono partecipare all'assegnazione degli incarichi a tempo determinato i medici in possesso del diploma di specializzazione nella branca specialistica dell'area medica pubblicata.

Ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti ambulatoriali convenzionati interni del 04.04.2024, l'incarico sarà conferito allo Specialista secondo le graduatorie annuali di cui all'art.19, c. 10 (ambito territoriale di Novara, anno 2025) in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi.

In caso di indisponibilità di Specialisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19, comma 10, l'Azienda può utilizzare quelle di cui al comma 12 e in subordine può conferire l'incarico agli Specialisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 che abbiano comunicato la propria disponibilità, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione ed infine dell'anzianità di laurea.

L'incarico a tempo determinato non può essere conferito per un periodo superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L'incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 12 (dodici) mesi continuativi.

A.S.L. NO

n. 1 incarico a tempo determinato per n. 12 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Igiene e Medicina Preventiva da svolgersi presso la S.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica – sede di Novara.

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 **01.06.2025** al **15.06.2025** al

Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale
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 dopo il 15.06.2025.

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 Novara
ASL NO Viale Roma 7
28100 Novara**

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

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 _____ residente in _____
via _____
Recapito telefonico _____
Indirizzo e-mail _____
Indirizzo PEC _____

presa visione della pubblicazione dell'incarico di attività specialistica ambulatoriale per il mese di **giugno 2025** effettuata da questo Comitato,

COMUNICA

la propria disponibilità per l'incarico a tempo determinato di n. _____ ore settimanali non frazionabili all'atto dell'assegnazione, nella branca di _____

DICHIARA

- a) di essere in possesso della laurea in _____ conseguita presso _____ il _____
- b) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____
- c) di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita presso _____ il _____

DICHIARA

1. ☐ di essere medico specialista iscritto nelle graduatorie, di cui all'art. 19, comma 10, A.C.N. 04.04.2024, valide per l'anno 2025 e relative all'ambito zonale territoriale di Novara, per la branca di: _____

☐ specialista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19, comma 4

(specificare) _____

2. di essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente;

3. di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico.

4. altro (specificare) _____

località _____ data _____ firma _____

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 e-mail: protocollogenerale@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 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 _____