



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

Sede Legale: viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111  
Pec: [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Prot. n. 35818/26/CCPS

Novara, 25/05/2026

**SAI Branca di Oculistica**

**Dott.ssa Isabella CARABELLI**  
**Dott.ssa Valeria GUGLIELMI**

e, p.c. **Responsabile s.s.d. Servizio Sanità Penitenziaria**  
**Dott. Antonello FELAPPI**

**Direttore Distretto Area Sud**  
**Dott. Gianni VALZER**

**Direttore Distretto Area Nord**  
**Dott.ssa Maria Luisa DEMARCHI**

**Responsabile di Branca Chirurgica**  
**Dott. Francesco MARCHETTI**

**Oggetto: proposta di completamento orario nella branca di Oculistica**

Ai sensi dell'art. 20 comma 2 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie, l'ASL NO propone agli Specialisti convenzionati nella branca di Oculistica un completamento orario mediante l'assegnazione delle seguenti ore vacanti:

- n. 24 ore settimanali frazionabili da svolgersi presso il Poliambulatorio del Distretto Urbano di Novara, con un accesso mensile di n. 2 ore presso la Casa Circondariale di Novara;
- n. 30 ore settimanali frazionabili da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate del Distretto Area Sud;
- n. 21 ore settimanali frazionabili da svolgersi presso le sedi del Distretto Area Nord.

La comunicazione di disponibilità/non disponibilità dovrà essere inoltrata all'Ufficio Protocollo dell'ASL NO ([protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)) entro e non oltre **sabato 30 maggio p.v.**; la disponibilità comunicata oltre il suddetto termine non verrà ritenuta valida e pertanto costituisce motivo di esclusione.

La mancata partecipazione degli specialisti aventi titolo al completamento dell'orario di incarico (38 ore) sarà intesa come rinuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 20, comma 5 e dell'art. 45, comma 8, dell'A.C.N. 05.02.2026.

Alla dichiarazione di disponibilità dovrà essere allegata l'autocertificazione informativa predisposta dall'Azienda.

L'eventuale articolazione oraria delle ore assegnate sarà concordata successivamente con i Direttori/Responsabili delle Strutture richiedenti.

Cordiali saluti

**IL DIRETTORE**  
**S.C. DISTRETTO URBANO DI NOVARA**  
(Dott. Gianfranco Masoero)

**IL RESPONSABILE**  
**S.S.D. CURE PRIMARIE E SPECIALISTICHE**  
(Dott.ssa Elisa Di Tullio)

Allegato n° 1: autocertificazione informativa



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

Azienda Sanitaria Locale NO  
Distretto Urbano Novara  
S.S. Coordinamento Cure Primarie e specialistiche  
Viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374875  
E-mail: [gestioneccmu@asl.novara.it](mailto:gestioneccmu@asl.novara.it)