



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

**PUBBLICAZIONE INCARICHI DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA**  
**AMBULATORIALE A TEMPO DETERMINATO**  
**CON SPECIFICHE COMPETENZE PROFESSIONALI**  
**(Artt. 21 c. 4 - 22 A.C.N. 05.02.2026)**

**SETTEMBRE 2026**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 1 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre Professionalità del 05.02.2026 si pubblicano i seguenti turni vacanti:

**A.O.U. MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA**

**n. 1 incarico a tempo determinato (6 mesi) per n. 16 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Igiene e Medicina Preventiva**, da svolgersi presso la SCDO Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri dell'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara.

L'incarico di cui sopra è finalizzato ad affrontare esigenze determinate da circostanze straordinarie, al fine di consentire la regolare trattazione e gestione di alcuni adempimenti di competenza della Struttura e specificatamente:

- a) qualità delle cure e rendicontazione dell'attività clinica,
- b) transizione nuovo sistema di codifica ICD10,
- c) controlli di appropriatezza interni (III livelli SDO),
- d) sorveglianza personale sanitario.

Per il conferimento di detto incarico si richiede il possesso delle specifiche competenze professionali, da valutarsi ai sensi dell'art. 21, c. 4 dell'A.C.N. vigente, nelle aree di attività sopra indicate, con documentata ed aggiornata esperienza inerente ad esse.

In particolare, per l'attività di cui al precedente punto d), è richiesto il possesso di diploma di master di II livello abilitante per lo svolgimento delle funzioni di Medico Competente, in esito ad un percorso formativo universitario rispondente ai requisiti di cui al Decreto Interministeriale MIUR-SALUTE del 15 novembre 2010.

Il suddetto incarico sarà così articolato:

- lunedì: 08.30-12.30/13.00-17.00
- martedì: 08.30-12.30/13.00-17.00

Per detto incarico con specifiche competenze professionali allegare, pena l'esclusione, il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle suddette competenze, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, indicante la durata, le sedi e la tipologia dell'attività svolta, eventuale possesso di formazione specifica documentabile.

Possono partecipare all'assegnazione degli incarichi a tempo determinato i Medici in possesso del diploma di specializzazione nella branca specialistica dell'area medica pubblicata e saranno individuati tra i candidati valutati idonei dalla Commissione Tecnica Aziendale, secondo le graduatorie annuali di cui all'art.19, c. 10

(ambito territoriale di Novara, anno 2026) in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi, ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti ambulatoriali convenzionati interni del 05.02.2026.

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.

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 **01.09.2026** al **15.09.2026** al

**Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale**

**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 dopo il 15.09.2026.**

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;
- curriculum vitae e scheda riassuntiva delle specifiche competenze professionali datati e sottoscritti.

**Al Comitato Zonale per la Medicina  
Specialistica ambulatoriale Novara  
ASL NO Viale Roma 7  
28100 Novara**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI  
A.O.U. MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA  
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 **settembre 2026** 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. 05.02.2026, valide per l'anno 2026 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) \_\_\_\_\_

**Per l'attività specifica svolta ed elencata nel curriculum vitae e nella scheda riassuntiva delle competenze professionali si deve allegare la relativa attestazione contenente la sede, la durata e la tipologia dell'attività svolta, eventuale possesso di formazione specifica documentabile.**

località \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Si allega:

- fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;
- informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali;
- curriculum vitae e scheda riassuntiva delle specifiche competenze professionali datati e sottoscritti.

## 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](mailto: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](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 \_\_\_\_\_