



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 TURNI VACANTI DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO
(Art. 21 A.C.N. 05.02.2026)

SETTEMBRE 2026

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 21 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.S.L. NO

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 15 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Dermatologia, di cui **n. 7 ore** da svolgersi presso le sedi del Distretto Area Nord e **n. 8 ore** da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate del Distretto Area Sud.

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 2 ore mensili, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Infettivologia, da svolgersi presso la Casa Circondariale di Novara.

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 30 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Oculistica, da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate del Distretto Area Sud.

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 38 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Oculistica, da svolgersi presso le sedi del Distretto Area Nord.

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 24 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Oculistica, da svolgersi presso il Poliambulatorio del Distretto Urbano di Novara, comprensive di un accesso mensile di **n. 2 ore** presso la Casa Circondariale di Novara.

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 6 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Ostetricia e Ginecologia, da svolgersi presso il Poliambulatorio del Distretto Urbano di Novara.

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 14 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Pneumologia, di cui **n. 8 ore** da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate del Distretto Area Sud e **n. 6 ore** da svolgersi presso le sedi del Distretto Area Nord.

n. 1 incarico a tempo indeterminato per n. 8 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Urologia, da svolgersi presso il Poliambulatorio di Trecate del Distretto Area Sud ed **un accesso mensile di n. 2 ore** presso la Casa Circondariale di Novara.

L'avente diritto all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato sarà individuato attraverso l'ordine di priorità stabilito dall'art. 21 dell'A.C.N. vigente.

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

Comitato Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale
A.S.L. NO Viale Roma 7 - 28100 NOVARA
Pec: protocollogenerale@pec.asl.novara.it

Non verranno accettate domande di disponibilità pervenute dopo il 15.09.2026.

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.

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 datata e sottoscritta.

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

presa visione della pubblicazione dei turni vacanti di attività specialistica ambulatoriale per il mese di
settembre 2026 effettuata da questo Comitato,

COMUNICA

la propria disponibilità per l'incarico a tempo indeterminato 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 titolare di un rapporto convenzionale con il S.S.N. con incarico a tempo indeterminato ai sensi
dell' A.C.N. del 05.02.2026, art. 21, comma 6 con decorrenza dal _____
- ☐ lett. a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale
regolamentata dal presente Accordo presso A.S.L., sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nel medesimo
ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico;
Ore sett.li _____ A.S.L./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 _____ A.S.L./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 _____ A.S.L./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 _____ A.S.L./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 _____ A.S.L./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 _____ A.S.L./Ente _____
- ☐ lett. g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;
Ore sett.li _____
- ☐ lett. h) Specialisti iscritti nelle graduatorie, relative l'ambito zonale provinciale di Novara, di cui all'art. 19 dell'A.C.N. in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi;
- ☐ 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. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale;
- (specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) _____

Ai fini delle procedure di cui all'art. 21 comma 6, 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, all'anzianità di laurea ed in subordine alla 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.

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 datata e sottoscritta.

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 _____