

**COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE NOVARA**

**PUBBLICAZIONE INCARICO DI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE ASL NO**

**Incarico a tempo indeterminato (art.19 A.C.N 17.12.2015)  
con particolari capacità professionali**

**MARZO 2019**

Possono partecipare all'assegnazione dell'incarico i medici specialisti in possesso delle particolari capacità richieste. L'A.C.N per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni sancito in data 17.12.2015, stabilisce che l'incarico a tempo indeterminato sarà conferito allo specialista, (dichiarato idoneo dalla Commissione tecnica aziendale), secondo l'ordine di priorità di cui all'art.19 comma 2 (dalla lettera a alla lettera i).

**Gli interessati dovranno far pervenire, personalmente mediante consegna diretta all'Ufficio Protocollo dell'A.S.L "NO" oppure con lettera raccomandata A.R., la propria disponibilità al**

**Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale presso A.S.L. "NO" Viale Roma 7 28100  
NOVARA**

**Dal 01.04.2019 al 10.04.2019**

I moduli per la comunicazione della disponibilità, sono a disposizione dei Medici Specialisti presso l'Ufficio del Comitato Zonale - Viale Roma 7, Novara - Palazzina A Ingresso 4 1° piano 9.00/16.00 e sul sito web dell'Asl "NO".

Nel caso di consegna a mano della domanda di partecipazione si informa che l'Ufficio Protocollo dell'ASL "NO" (viale Roma, 7 Palazzina "C" - 1° piano - Novara ) è aperto al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00.

**Non verranno accettate domande di disponibilità pervenute prima del 01.04.2019 e dopo il 10.04.2019.**  
Le domande inoltrate tramite servizio postale saranno ritenute utilmente prodotte purché spedite a mezzo lettera raccomandata A.R. dal **01.04.2019** entro il termine di scadenza **10.04.2019**. A tal fine fa fede il timbro postale dell'Ufficio accettante. Dovrà essere cura degli interessati accertarsi della correttezza della data di inoltro della domanda:

**A.S.L NO**

**N. 1 incarico a tempo indeterminato di n. 24 ore sett.li, non frazionabile, all'atto dell'assegnazione, branca di REUMATOLOGIA** da svolgersi, in funzione dell'esigenza dell'Azienda Sanitaria, presso il **Poliambulatorio di Novara** Distretto Urbano di Novara ed il **Poliambulatorio di Borgomanero**, Distretto Area Nord con il seguente orario:

<b>Poliambulatorio di Novara</b>	<b>mercoledì e giovedì</b>	<b>ore 8.30/13.30</b>	<b>14.00/18.00</b>
<b>Poliambulatorio di Borgomanero</b>	<b>venerdì</b>	<b>ore 9.00/15.00</b>	

**Per il conferimento di detto incarico si richiede il possesso delle seguenti particolari capacità professionali da valutarsi ai sensi dell'art.18 comma 5 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti convenzionati interni sancito in data 17.12.2015:**

**Specialista reumatologo** con competenza nella gestione del malato reumatico complesso e di terapie infusive in regime di Day Hospital (farmaci biotecnologici, bifosfonati, immunosoppressori); esperienza nella gestione di pazienti con malattie reumatiche in terapia con farmaci biotecnologici sottocute e compilazione dei relativi piani terapeutici; partecipazione a progetti per lo sviluppo di PDTA e a gruppi di studio volti ad approfondire le conoscenze nell'ambito delle malattie reumatiche per migliorare l'assistenza al malato reumatico; esecuzione di ecografie dei distretti articolari ed extra-articolari nel malato reumatico a fini diagnostici, di monitoraggio ed interventistici (infiltrazioni ecoguidate); esecuzione di ecografie articolari nel bambino affetto da artrite idiopatica giovanile.

**N. 1 incarico a tempo indeterminato di n. 38 ore sett.li, non frazionabile, all'atto dell'assegnazione, branca di PNEUMOLOGIA** da svolgersi, in funzione dell'esigenza dell'Azienda Sanitaria, presso le strutture dell'ASL NO:  
- n. 23 ore sett.li c/o strutture Area Nord compreso il **Presidio Ospedaliero di Borgomanero**.  
- n. 15 ore sett.li c/o strutture Area Sud.

**Per il conferimento di detto incarico si richiede il possesso delle seguenti particolari capacità professionali da valutarsi ai sensi dell'art.18 comma 5 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti convenzionati interni sancito in data 17.12.2015:**

**Specialista Pneumologo** con competenza nella gestione del malato cronico con riferimento precipuo alla implementazione del PDTA per la BPCO e pregressa documentata esperienza (data l'evoluzione delle tecniche diagnostico strumentali, non anteriore agli ultimi cinque anni) anche in procedure eseguibili in ambiente ospedaliero, quali broncoscopie e lavaggio broncoalveolare.

**Per i turni con particolari capacità professionali allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorietà. Per l'attività specifica svolta ed elencata nel curriculum vitae e nella scheda riassuntiva capacità professionali si deve allegare la relativa attestazione contenente la sede, la durata e la casistica clinica di pertinenza rilasciata dal Direttore Sanitario della struttura in cui l'attività è stata effettuata.**

**Occorre, pertanto, allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione:**

- fotocopia su entrambe le facciate di un documento di identità valido;**
- curriculum vitae, scheda riassuntiva capacità professionali e relativa attestazione inerente l'attività svolta rilasciata dal Direttore Sanitario della struttura in cui l'attività è stata effettuata.**
- informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.**

**Novara, 15.03.2019**

Scarica il modulo della domanda, la scheda riassuntiva capacità professionali e l'informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INCARICO DISPONIBILE**  
**Tempo indeterminato (art. 19 A.C.N 17.12.2015)**  
**con particolari capacità professionali per attività c/o ASL NO**  
Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445  
**da presentare unitamente ad una copia di un documento identità valido**  
(compilare tutte le pagine 1-2)

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 2019** effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per l'incarico nella branca specialistica di \_\_\_\_\_ per complessive ore settimanali:

0 ASL NO - n° 24 ore settimanali, **non frazionabili**, branca **Reumatologia**.  
0 ASL NO - n°38 ore sett.li, **non frazionabili**, branca **Pneumologia**.

**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**

- °lett.a) (titolare a tempo indeterminato che svolga, esclusivamente, attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo c/o Asl, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico); h sett.li.....  
Asl/Ente.....;  
°lett.b) (titolare a tempo indeterminato che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo c/o Asl, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate in diverso ambito zonale della stessa Regione o di altra Regione confinante;  
h sett.li.....Asl/Ente.....;  
°lett.c) (titolare a tempo indeterminato c/o Asl, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate in ambito zonale di Regione non confinante, o che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità); h sett.li.....  
Asl/Ente.....;  
°lett.d) (titolare che svolga esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo in diverse branche che richiede di concentrare in una sola branca il n° complessivo di ore di incarico; h sett.li.....Asl/Ente.....  
°lett.e) (titolare a tempo indeterminato che chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione); h.sett.li..... Asl/Ente.....;  
°lett.f) (titolare a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26 comma 1); h sett.li.....Asl/Ente.....;  
°lett.g) (titolare di incarico a tempo indeterminato c/o Ministero della Difesa); h sett.li.....;  
°lett.h) (medici specialisti iscritti nelle graduatorie generali di cui all'art. 17 dell'A.C.N, anno 2019 del Comitato Zonale di Novara, con esclusione dei già titolari d'incarico a tempo indeterminato);  
°lett.i) (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, in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano);  
2.altro (specificare).....

Località.....data.....firma.....

Ai fini delle procedure di cui all'art. 19 comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla i), con esclusione della lettera h), l'anzianità riconosciuta ai fini della assegnazione dell'incarico costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione prevale l'anzianità di specializzazione e, successivamente, l'anzianità di laurea ed in subordine la minore età anagrafica.

Per il turno con particolari capacità professionali allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorietà. Per l'attività specifica svolta ed elencata nel curriculum vitae e nella scheda riassuntiva capacità professionali si deve allegare la relativa attestazione contenenti la sede, la durata e la casistica clinica di pertinenza rilasciata dal Direttore Sanitario della struttura in cui l'attività è stata svolta.

Occorre, pertanto, allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione:

**fotocopia su entrambe le facciate di un documento di identità valido;  
curriculum vitae, scheda riassuntiva capacità professionali e relativa attestazione inerente l'attività svolta  
rilasciata dal Direttore Sanitario della struttura in cui l'attività è stata effettuata.  
informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.**

La mancata presentazione di quanto sopra richiesto, porterà l'esclusione dalla partecipazione ai turni pubblicati con particolari capacità professionali.

Il sottoscritto infine dichiara di essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente

Firma -----

Indirizzo presso cui desidera eventuali comunicazioni:

\_\_\_\_\_ Telefono: -----







## INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Egregio/a Dottore/Dottoressa,

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali richiesti, la informiamo di quanto segue:

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. L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile, di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento, di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati, di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.
5. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria di Novara.

### 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 sancito il 17.12.2015.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)