

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

**PUBBLICAZIONE INCARICHI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A.S.L "NO" I.N.A.I.L Novara**

Incarico a tempo indeterminato (art.19 A.C.N 17.12.2015)

Dicembre 2019

Possono concorrere per l'**incarico a tempo indeterminato**, i Medici Specialisti individuati attraverso 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 01.01.2020 al 10.01.2020

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 01.01.2020 e dopo il 10.01.2020 Le domande inoltrate tramite servizio postale saranno ritenute utilmente prodotte purché spedite a mezzo lettera raccomandata A.R. dal **01.01.2020** entro il termine di scadenza **10.01.2020** 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** per n. **17 ore sett.li, non frazionabili** all'atto dell'assegnazione, branca di **Dermatologia** da svolgersi presso le strutture ambulatoriali del Distretto Area Nord A.S.L. "NO"

C.M.L – I.N.A.I.L – NOVARA

N.1 incarico a **tempo indeterminato** per n. **04 ore sett.li, non frazionabili** all'atto dell'assegnazione, branca di **Otorinolaringoiatria** da svolgersi presso l'ambulatorio Prime Cure C.M.L Inail Novara con il seguente orario: **mercoledì 8.00/12.00***

* L'orario e le giornate di turno possono essere eventualmente modificati in accordo con il Primario del Centro Medico Legale.

**Occorre allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione:
fotocopia su entrambe le facciate di un documento di identità valido, informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.**

Novara, il

Scarica il modulo della domanda e l'informativa per il trattamento 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 GDPR 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 della richiesta di revoca, contattando il titolare del trattamento all'indirizzo mail: protocollogeneralepec.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 sancito il 17.12.2015.

(data)

(firma)

RACCOMANDA A.R

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

A.S.L "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

(da compilare tutte le pagine: 1-2)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa-----,nato/a-----,il
-----, presa visione della pubblicazione dei turni vacanti di attività specialistica ambulatoriale per il mese di
dicembre 2019 effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per l'incarico
nella branca specialistica di -----secondo il numero di ore sett.li per Ente/Asl
indicate nella seguente elencazione:

A.S.L "NO"

0 n. **17** ore sett.li non frazionabili, branca di **Dermatologia c/o A.S.L "NO"**, Distretto Area Nord

I.N.A.I.L- NOVARA

0 n. **04** ore sett.li non frazionabili, branca di **Otorinolaringoiatria c/o Ambulatorio Prime Cure C.M.L I.N.A.I.L
Novara**

Dichiara

- a) di aver conseguito la laurea in.....il.....
b) di essere iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi di.....dal.....
c) di aver conseguito specializzazione inil.....

dichiara di essere

1. titolare d'incarico **ambulatoriale convenzionato a tempo indeterminato** ai sensi dell' **A.C.N, 17.12.2015 art.
19 comma 2**) con decorrenza incarico dal

°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, 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 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 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 2018 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);

(specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza)

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.

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: -----

**N.B: Allegare:
fotocopia su entrambe le facciate di un documento d'identità valido,
l'informativa resa all'interessato per i trattamento dati personali,
Non verranno accettate dichiarazioni di partecipazione sprovviste di questa documentazione.**