

ASL NO
Comitato Zonale

Graduatorie Specialistica Ambulatoriale anno 2023
Presentazione domande

Le domande per l'inserimento nelle graduatorie anno 2023 per medici specialisti ambulatoriali e medici veterinari valide per la sola provincia di Novara devono essere presentate mediante procedura telematica entro il **31.01.2022** a ASL NO Comitato Zonale Viale Roma 7 - 28100 Novara
pec: protocollo generale@pec.asl.novara.it

L'Ambito di competenza è la sola provincia di Novara.

Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria devono possedere i requisiti di cui all'art.19 dell'A.C.N 31.03.2020.

La domanda deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine previsto, comportano l'esclusione dalla graduatoria.

La domanda va rinnovata ogni anno e deve riportare anche gli eventuali titoli accademici e professionali aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

Ad ogni domanda deve essere allegata

- **marca da bollo da 16.00 Euro.**
- **dichiarazione sostitutiva di certificazione compilata in ogni parte;**
- **informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.**

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. La dichiarazione sostitutiva di certificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

I Medici Specialisti ed i Medici Veterinari che intendono presentare domande per più branche o aree devono compilare un modulo per ogni domanda.

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA SPECIALISTI AMBULATORIALI
ANNO 2023**

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni.

Primo Inserimento

Aggiornamento

Marca da bollo come da
norme vigenti € 16.00

ALL' AZIENDA SANITARIA ASL NO
SEDE DEL COMITATO ZONALE
VIALE ROMA 7
28100 NOVARA

Il/La sottoscritto/a Dott....., nato/a a.....
(prov.....) Il Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (prov.....)
Indirizzo Via..... n..... CAP.....
Telefono..... e-mail.....
Pec

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei

- MEDICI SPECIALISTI: BRANCA DI.....
- MEDICI ODONTOIATRI: BRANCA DI ODONTOIATRIA

Presentare una domanda per ogni singola branca

a valere per l'anno **2023**, **relativamente all'ambito zonale di Novara** nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più specializzazioni che consentono l'inclusione in più graduatorie occorre presentare specifiche domande separate.

A tal fine allega autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria, fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità, informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

.....
.....

Data.....Firma per esteso.....

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA MEDICI VETERINARI
ANNO 2023**

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con i medici veterinari.

Primo Inserimento

Aggiornamento

Marca da bollo come da
norme vigenti €16.00

ALL' AZIENDA SANITARIA ASL NO
SEDE DEL COMITATO ZONALE
VIALE ROMA 7
28100 NOVARA

Il/la sottoscritto/a Dott....., nato/a a.....
(prov.....) ilCodice Fiscale.....
Comune di residenza.....prov.....
Indirizzo, Via.....n.....CAP.....
Telefono.....e-mail.....
Pec

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei

MEDICI VETERINARI:

- Branca Sanità Animale (Area A)**
- Branca Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli animali di origine animale e loro derivati (Area B)**
- Branca Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C)**

Presentare domanda per ogni singola branca

a valere per l'anno **2023** relativamente all'ambito zonale di Novara nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più specializzazioni che consentono l'inclusione in più graduatorie occorre presentare specifiche domande separate.

A tal fine allega autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria, fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità, informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

.....
.....

Data.....Firma per esteso.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
Ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a Dott....., nato/a a
(prov.....) il..... M..... F..... Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (prov.....)
Indirizzo..... n..... Cap.....

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare).....
- di possedere il diploma di laurea ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente in (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria conseguita presso l'Università di in data/...../.....;

con voto/110 senza lode con lode,

con voto/100 senza lode con lode;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di(medico chirurgo o odontoiatria, o medico veterinario nella sessione..... presso l'Università di.....

- di essere iscritto all'Albo professionale.....(dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari) presso l'Ordine provinciale/regionale di..... dal.....

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in.....conseguita il/...../.....presso l'Università dicon voto..... senza lode con lode

in.....conseguita il...../...../.....presso l'Università dicon voto..... senza lode con lode

in.....conseguita il...../...../.....presso l'Università dicon voto..... senza lode con lode

in.....conseguita il...../...../.....presso l'Università dicon voto..... senza lode con lode

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di aver svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, **come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato.** (Non devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze svolte come libera professione, ma solo le convenzioni ai sensi dell'Accordo

Collettivo Nazionale Specialisti ambulatoriali interni). (Indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente). SI NO

NON È VALUTABILE IL SERVIZIO EFFETTUATO PRECEDENTEMENTE AL 02 OTTOBRE 2000

DICHIARA DI AVER SVOLTO

nell'area di **Medicina Specialistica** Branca di:.....

nell'area di **Medicina Veterinaria**:

- Branca **Sanità Animale** (Area A)
- Branca **Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati** (Area B)
- Branca **Igiene degli allevamenti e delle riproduzioni zootecniche** (Area C)

N.B. Per l'attività svolta, indicare con precisione l'Amministrazione competente, indirizzo completo, telefono, n. di fax o indirizzo e-mail, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (art. 43, comma 1 D.P.R n. 445 del 28.12.2000). Inserire unicamente l'attività relativa all'area o branca per la quale si presenta la domanda.

A.S.L / ENTI	Località e/o Presidio e/o Distretto Indirizzo telefono fax o indirizzo e-mail	Totale ore svolte *	Dal	Al

*** Indicare solo il numero totale delle ore di servizio effettivamente svolte e non quello delle ore settimanali.**

Si segnala che l'Azienda è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R 445/2000 e dell'art.15 della legge n. 183 del 12.11.2011, idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 ed a trasmettere le risultanze all'autorità competente, in base a quanto previsto dalla normativa in materia. Fermo quanto previsto dall'art.76 del citato D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016/679/UE (art. 13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso.....

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per **l'anno 2023** il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che 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 detta graduatoria.**
3. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte e sul sito istituzionale dell'Azienda A.S.L NO Regione Piemonte.
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, il cui Legale rappresentante è il Direttore Generale.

I dati anagrafici contenuti nella domanda ed i recapiti telefonici potranno, altresì, essere forniti alle AA.SS.LL ed agli Enti firmatari, al fine di consentire agli stessi le procedure di assegnazione dirette di eventuali incarichi. Per la trasmissione di tali dati si richiede esplicito consenso.

* L'informazione completa è pubblicata sul sito internet: www.asl.novara. Nella sezione "Privacy"

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE AREA MEDICI SPECIALISTI E VETERINARI AI SENSI DEGLI ARTT. 19 E 23 DELL'A.C.N DEL 31.03.2020

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa....., nato/a il...../...../.....

Ricevuta l'informazione 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 firmatari, per i fini istituzionali di cui agli artt. 19 e 23 dell'A.C.N del 31.03.2020

(data)

(firma)