

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

**PUBBLICAZIONE INCARICHI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE I.N.A.I.L. Novara**

**Incarico a tempo indeterminato (art. 20 A.C.N. 31.03.2020)**

**DICEMBRE 2021**

Possono concorrere per l'**incarico a tempo indeterminato**, i Medici Specialisti individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 21 comma 2 (dalla lettera a alla lettera j).

**Gli interessati dovranno far pervenire esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata, la propria disponibilità al**

**Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale presso A.S.L. "NO"  
Viale Roma 7 28100 NOVARA  
pec: [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)**

**Dal 13.12.2021 al 24.12.2021**

I moduli per la presentazione della domanda, sono disponibili sul sito web dell'Asl "NO" cliccando sul seguente link: <http://trasparenza.asl.novara.it/bandi-di-concorso> oppure dal sito dell'ASL NO sezione Concorsi e avvisi – Comitato Zonale.

**I.N.A.I.L. Novara**

n. 1 incarico a **tempo indeterminato** per n. **20 ore sett.li non frazionabili**, branca di **Ortopedia** da svolgersi presso Ambulatorio Prime Cure del Centro Medico Legale I.N.A.I.L. sede di Novara con il seguente orario:

Lunedì	8.00 – 13.00
Martedì	8.00 – 13.00
Mercoledì	8.00 – 13.00
Giovedì	8,00 – 13.00

\* gli orari 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 fronte/retro di un documento di identità in corso di validità**
- **informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.**

Novara, 13/12/2021

Al Comitato Zonale per la Medicina  
Specialistica ambulatoriale Novara  
c/o A.S.L. "NO" Viale Roma 7  
28100 Novara

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI**  
**I.N.A.I.L. NOVARA**  
**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 \_\_\_\_\_, presa visione della pubblicazione dei turni vacanti di attività specialistica ambulatoriale  
per il mese di **Dicembre 2021** effettuata da questo Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per  
l'incarico di n. **20 ore sett.li non frazionabili**, branca di **Ortopedia** presso l'Ambulatorio Prime Cure del CML  
I.N.A.I.L. sede di 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 in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Dichiara di essere**

1. titolare d'incarico **ambulatoriale convenzionato a tempo indeterminato** ai sensi dell' **A.C.N. 31.03.2020**  
**(art. 21 comma 2)** con decorrenza incarico dal \_\_\_\_\_

- lett. a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale  
regolamentata dal presente Accordo presso Asl, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito  
zonale in cui è pubblicato l'incarico;

Ore sett.li \_\_\_\_\_ Asl/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 \_\_\_\_\_ Asl/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 \_\_\_\_\_ Asl/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 \_\_\_\_\_ Asl/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 \_\_\_\_\_ 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. 28 comma 1;

Ore sett.li \_\_\_\_\_ Asl/Ente \_\_\_\_\_;

- lett. g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;

Ore sett.li \_\_\_\_\_;

- lett. h) Specialisti iscritti nelle graduatorie generali di cui all'art. 19 dell'A.C.N. in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi del Comitato Zonale di Novara;

- 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, in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano;

(specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) \_\_\_\_\_

2. altro (specificare) \_\_\_\_\_

Ai fini delle procedure di cui all'art. 21 comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione della lettera h e i), 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**

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Indirizzo presso cui desidera eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_

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

mail/pec: \_\_\_\_\_

**N.B: Allegare:  
fotocopia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità;  
Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei 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.

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;

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.**

I dati personali e la posizione in graduatoria saranno trasmessi all'Asl/Ente che ha chiesto la pubblicazione dei turni;

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: [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)

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 sancito il 31.03.2020.

data

firma

\_\_\_\_\_