



**A.S.L. NO**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Novara

Sede Legale: viale Roma 7  
28100 Novara  
Tel. 0321 374111  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

**COMITATO ZONALE DI NOVARA**  
**PER LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
*Azienda Sanitaria Locale di Novara*

**PUBBLICAZIONE INCARICHI DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA**  
**AMBULATORIALE A TEMPO DETERMINATO**  
(art. 22 A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i.)

**GIUGNO 2023**

Possono partecipare all'assegnazione degli incarichi a tempo determinato i medici in possesso del diploma di specializzazione nella branca specialistica dell'area medica pubblicata.

Ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni del 30.03.2020 e s.m.i., l'incarico sarà conferito allo specialista secondo le graduatorie annuali di cui all'art.19 (ambito provinciale di Novara, anno 2023) in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda.

In caso di indisponibilità di specialisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19, comma 10, l'Azienda può utilizzare quelle di cui al comma 12.

L'incarico a tempo determinato non può essere conferito per un periodo superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L'incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 12 (dodici) mesi continuativi.

**A.S.L. NO**

**n. 1 incarico a tempo determinato per n. 20 ore settimanali, non frazionabili all'atto dell'assegnazione, branca di Otorinolaringoiatria** da svolgersi presso il Poliambulatorio del Distretto Urbano di Novara.

I moduli per la presentazione della domanda, sono disponibili sul sito web dell'ASL NO al seguente indirizzo: [www.asl.novara.it](http://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 **01.06.2023** al **15.06.2023** al

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

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.

**Non verranno accettate domande di disponibilità pervenute dopo il 15.06.2023.**

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.

**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 DETERMINATO**

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 dell'incarico di attività specialistica ambulatoriale per il mese di **Giugno 2023** effettuata da questo Comitato,

**COMUNICA**

la propria disponibilità per l'incarico a tempo determinato 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 medico specialista iscritto nelle graduatorie, di cui all'art. 19, comma 10, A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i., valide per l'anno 2023 e relative all'ambito zonale provinciale di Novara, per la branca di:  
\_\_\_\_\_

specialista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19, comma 4

(specificare) \_\_\_\_\_

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

**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](mailto: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](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.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_