

**Le domande per l'inserimento nelle graduatorie anno 2020 per medici specialisti ambulatoriali e medici veterinari valide per la sola provincia di Novara devono essere presentate a mezzo raccomandata A/R o mediante consegna diretta entro il 31.01.2019 a ASL "NO" Comitato Zonale Viale Roma 7 28100 Novara.**

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

Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria devono possedere i requisiti di cui all'art.17 dell'A.C.N 17.12.2015.

Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio dell'Azienda, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. **Se, viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

**La domanda va rinnovata ogni anno.**

**Ad ogni domanda deve essere allegata**

- la 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.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano. La ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.

**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.**

Il modulo e relativi allegati possono essere scaricati.

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA SPECIALISTI AMBULATORIALI ANNO 2020**

Art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni.

**O Primo Inserimento**

**O 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.....

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 **2020**, 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 acclude 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 2020**

Art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con i medici veterinari.

**O Primo Inserimento**

**O 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.....

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 **2020** 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 acclude 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:

O di essere cittadino italiano;  
O di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE  
(specificare).....

O di possedere il diploma di laurea (DL), la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria: - diploma di laurea con voto...../110 0 senza lode 0 con lode, conseguito presso l'Università di ..... in data...../...../.....  
- laurea specialistica/magistrale con voto...../100 0 senza lode 0 con lode, conseguito presso l'Università di ..... in data...../...../.....;

- 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 di ..... con voto..... O senza lode O con lode

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

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

in..... conseguita il...../...../..... presso l'Università di ..... con voto..... O senza lode O 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). O SI O 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, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

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

**La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000)**

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_

Con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_

## 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 2020** 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. 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, il cui Legale rappresentante è il Direttore Generale Dott.ssa Arabella Fontana.

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.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE AREA MEDICI SPECIALISTI E VETERINARI AI SENSI DEGLI ARTT. 17 E 21 DELL'A.C.N DEL 17.12.2015

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa....., nato/a il...../...../.....  
Ricevuta l'informativa resa all'interessato per i 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. 17 e 21 dell'A.C.N del 17.12.2015

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

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