

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

**PUBBLICAZIONE INCARICO DI ATTIVITA' SPECIALISTICA
AMBULATORIALE AOU "Maggiore della Carità" Novara**

**Incarico a tempo indeterminato (art.19 A.C.N 17.12.2015)
con particolari capacità professionali**

Marzo 2018

Possono partecipare all'assegnazione dell'incarico i **medici specialisti in possesso delle particolari capacità richieste**. L'A.C.N per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni sancito in data **17.12.2015**, stabilisce che l'incarico a **tempo indeterminato** sarà conferito allo specialista, (dichiarato idoneo dalla Commissione tecnica aziendale), secondo 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 01.04.2018 al 10.04.2018

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 01.04.2018 e dopo il 10.04.2018.

Le domande inoltrate tramite servizio postale saranno ritenute utilmente prodotte purché spedite a mezzo lettera raccomandata A.R. dal **01.04.2018** entro il termine di scadenza **10.04.2018**. 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:

N. 1 incarico a tempo indeterminato di n. 20 ore sett.li, non frazionabile, all'atto dell'assegnazione, branca di Odontoiatria da svolgersi c/o la struttura di Chirurgia Maxillo Facciale dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara per "Terapie oro-maxillo-facciali rivolte a pazienti disabili pediatrici ed in età adulta"

Per il conferimento di detto incarico lo specialista deve possedere la laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria ed il possesso delle seguenti particolari capacità professionali da valutarsi ai sensi dell'art.18 comma 5 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti convenzionati interni sancito in data 17.12.2015:

- 1) Comprovata esperienza di pratica ambulatoriale e in anestesia generale in una **struttura pubblica in Chirurgia Maxillo-Facciale**, con specifiche capacità di connessione tra problematiche strettamente odontoiatriche e competenze di chirurgia oro-maxillo-facciale su pazienti con disabilità psico-fisiche e dismorfie facciali.
- 2) Comprovata esperienza in pratica odontoiatrica, chirurgica e impiantare, qualora necessarie, su pazienti disabili in età pediatrica.
- 3) Una attività nel campo richiesto con un numero adeguato di interventi di odontoiatria e chirurgia oro-maxillo-facciale su pazienti disabili.
- 4) Capacità gestionale per la piena autonomia logistica ed organizzativa.
- 5) Adeguata produzione scientifica specifica all'attività richiesta.

Per il turno con particolari capacità professionali allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. Per l'attività specifica svolta ed elencata nel curriculum vitae e nella scheda riassuntiva capacità professionali si deve allegare la relativa attestazione contenente la sede, la durata e la casistica clinica e chirurgica di pertinenza rilasciata dal Responsabile della struttura pubblica di Chirurgia Maxillo Facciale in cui l'attività è stata effettuata.

Occorre, pertanto, allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione:
fotocopia su entrambe le facciate di un documento di identità valido;
curriculum vitae, scheda riassuntiva capacità professionali e relativa attestazione inerente l'attività svolta rilasciata dal responsabile struttura pubblica Chirurgia Maxillo Facciale.
informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.

Novara, 15.03.2018

Scarica modulo domanda, dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e informativa trattamento dati personali.

RACCOMANDA A.R.

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INCARICO DISPONIBILE
Tempo indeterminato (art. 19 A.C.N 17.12.2015)
con particolari capacità professionali per attività c/o AOU Maggiore della Carità" Novara
Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento identità valido
(compilare tutte le pagine 1-2)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, nato/a _____, il _____, presa visione della pubblicazione dell'incarico di attività specialistica ambulatoriale per il mese di **Marzo 2018** effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per l'incarico nella branca specialistica di _____ per complessive ore settimanali:

AOU Maggiore della Carità - n° 20 ore settimanali non frazionabili _____

dichiara

- a) di aver conseguito la laurea in _____ il _____
b) di essere iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____ dal _____
c) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito il _____
c/o _____

dichiara di essere

- °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 a tempo indeterminato 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 di incarico 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);
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.

Per il turno con particolari capacità professionali allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorietà. Per l'attività specifica svolta ed elencata nel curriculum vitae e nella scheda riassuntiva capacità professionali si deve allegare la relativa attestazione contenenti la sede, la durata e la casistica clinica e chirurgica di pertinenza rilasciata dal Responsabile della struttura pubblica di Chirurgia Maxillo Facciale in cui l'attività è stata effettuata.

Occorre, pertanto, allegare alla domanda di partecipazione, **pena l'esclusione:**

**fotocopia su entrambe le facciate di un documento di identità valido;
curriculum vitae, scheda riassuntiva capacità professionali e relativa attestazione inerente l'attività svolta
rilasciata dal responsabile struttura pubblica Chirurgia Maxillo Facciale.
informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.**

**La mancata presentazione di quanto sopra richiesto, porterà l'esclusione dalla partecipazione al turno
pubblicato con particolari capacità professionali.**

**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: _____

Scheda riassuntiva delle particolari capacità professionali

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, previste dal Codice Penale e dalle leggi in materia, caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità (vedi art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n° 445), e in riferimento alle capacità professionali richieste nella pubblicazione di **Marzo 2018** branca specialistica di **Odontoiatria e protesi dentaria**.

DICHIARA di possedere i seguenti requisiti

Specialista in Odontoiatria e Protesi dentaria con comprovata esperienza di pratica ambulatoriale e in anestesia generale in una **struttura pubblica in Chirurgia Maxillo-Facciale**, con specifiche capacità di connessione tra problematiche strettamente odontoiatriche e competenze di chirurgia oro-maxillo-facciale su pazienti con disabilità psico-fisiche e dismorfie facciali.

Comprovata esperienza in pratica odontoiatrica, chirurgica e impiantare, qualora necessarie, su pazienti disabili in età pediatrica.

Una attività nel campo richiesto con un numero adeguato di interventi di odontoiatria e chirurgia oro-maxillo-facciale su pazienti disabili.

Capacità gestionale per la piena autonomia logistica ed organizzativa.

Adeguate produzione scientifica specifica all'attività richiesta.

Capacità professionali acquisite: attività specifiche svolte, sedi effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, durata e casistica clinica e chirurgica di pertinenza professionale.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Altre informazioni rilevanti

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Egregio/a Dottore/Dottoressa,

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali richiesti, la informiamo di quanto segue:

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. 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.

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)