

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

**PUBBLICAZIONE INCARICO DI ATTIVITA' SPECIALISTICA
AMBULATORIALE ASL "NO"**

**Incarico a tempo determinato (art. 20, comma 1, A.C.N 17.12.2015)
con particolari capacità professionali per attività presso strutture Asl "NO"**

Dicembre 2017

Possono partecipare all'assegnazione dell'incarico i medici 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**, all'art. **20 comma 2**, stabilisce che l'incarico sarà conferito allo specialista secondo le graduatorie annuali di cui all'art. **17** (ambito provinciale di Novara, anno 2017) in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda.

In caso di indisponibilità di specialisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17, l'Azienda può conferire l'incarico ad uno specialista dichiaratosi disponibile ed in possesso dei requisiti richiesti. (art. 20 comma 3).

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 01.01.2018 al 10.01.2018

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 01.01.2018 e dopo il 10.01.2018. Le domande inoltrate tramite servizio postale saranno ritenute utilmente prodotte purché spedite a mezzo lettera raccomandata A.R. dal **01.01.2018** entro il termine di scadenza **10.01.2018**. 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 determinato di n. **24 ore sett.li**, di **durata annuale**, reiterabile una sola volta e **non frazionabile** all'atto dell'assegnazione, **branca di Reumatologia** da svolgersi c/o le seguenti strutture dell' Asl "NO" di cui:

n. 18 ore sett.li mercoledì e giovedì	ore 8.30 / 13.30 e 14.00 / 18.00 c/o Poliambulatorio di Novara.
n. 06 ore sett.li venerdì	ore 9.00 /15.00 c/o Poliambulatorio di Borgomanero.

Per il conferimento di detto incarico lo specialista deve possedere le seguenti 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:

Specialista reumatologo con competenza nella gestione del malato reumatico complesso e di terapie infusive in regime di day-hospital (farmaci biotecnologici, bifosfonati, immunosoppressori);
esperienza nella gestione di pazienti con malattie reumatiche in terapia con farmaci biotecnologici sottocute e compilazione dei relativi piani terapeutici;
partecipazione a progetti per lo sviluppo di PDTA per pazienti con patologie reumatiche.

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. La stessa deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a: adeguata produzione scientifica specifica attività richiesta, sede di effettuazione, riferimenti dei responsabili di servizio, descrizione contesto di svolgimento, la durata e la casistica clinica di pertinenza professionale.

Occorre, pertanto, allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione:
fotocopia su entrambe le facciate di un documento di identità valido;
curriculum vitae e scheda riassuntiva capacità professionali;
informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali.

Novara, 15.12.2017

Scarica il modulo della domanda, la scheda riassuntiva capacità professionali e l'informativa resa all'interessato per il 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 ASL "NO"

Tempo determinato (art. 20, comma 1, A.C.N 17.12.2015)

con particolari capacità professionali per attività c/o strutture Asl"NO"

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, nato/a _____, il _____,
presa visione della pubblicazione dell'incarico di attività specialistica ambulatoriale per il mese di **DICEMBRE 2017**
effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per l'incarico nella branca specialistica
di _____ per complessive ore settimanali:

ASL NO - n° 24 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

- medico specialista iscritto nelle graduatorie generali di cui all'art. 17 dell'A.C.N, anno 2017 del Comitato Zonale di Novara, per la branca di Reumatologia.
- altro specificare.....

Località.....data.....firma.....

Per i turni con capacità professionali specifiche allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà nella quale indicare tutti i requisiti specifici e verificabili rispetto alle capacità professionali richieste: attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale.

La mancata presentazione del curriculum vitae e della dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (scheda riassuntiva capacità professionali) 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: _____

N.B: Allegare:

- fotocopia su entrambe le facciate di un documento d'identità valido,
- l'informativa resa all'interessato per il trattamento dati personali,
- curriculum vitae e dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (scheda riassuntiva capacità professionali).
- Non verranno accettate dichiarazioni di partecipazione sprovviste di questa documentazione.

Il sottoscritto infine dichiara di essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente

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

O AUTORIZZA

O 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)