

Azienda sanitaria locale 'NO'

**Avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito della Medicina Pediatrica di Libera Scelta dell'ASL NO di Novara - anno 2025**

E' indetto avviso pubblico per la formazione di una graduatoria di disponibilità valida per l'anno 2025 per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione **di Medico Pediatra di Libera Scelta dell'ASL NO di Novara.**

Possono presentare domanda per gli incarichi di cui sopra le seguenti categorie di medici così come dettato dall'art. 19 comma 7 dell'A.C.N. 25/07/2024:

- a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

In categoria residuale saranno graduati i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria (D.L. 202 del 27/12/2024 convertito in Legge n.15 del 21/02/2025).

I pediatri di cui alla lettera b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

I medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

**MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DOMANDE**

La domanda di inserimento nella graduatoria di disponibilità valida per l'anno 2025 **per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di Medico Pediatra di Libera Scelta** (Allegato 1), redatta in bollo secondo lo schema allegato, corredata da copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità e dichiarazione sostitutiva atto di notorietà che attesti l'annullamento della marca da bollo, dovrà pervenire, ai sensi dell'art. 19 comma 7 dell' A.C.N., entro il **25.07.2025**, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata alla casella dell'Azienda: **protocollogenerale@pec.asl.novara.it**

E' obbligatorio allegare una fotocopia del documento di identità valido.

Ai sensi della legge n. 196 del 30.06.2003 (legge sulla privacy) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura disciplinata dal presente avviso

Si specifica che:

- eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento di assegnazione dell'incarico;
- l'incarico si interrompe anticipatamente nel caso in cui venga inserito un medico titolare di incarico a tempo indeterminato e comunque al raggiungimento del periodo massimo di dodici mesi;
- lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'A.C.N per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta e dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti.
- la rinuncia alla singola chiamata non comporta la decadenza o l'esclusione dalla graduatoria;
- ad ogni chiamata la convocazione avverrà secondo l'ordine della graduatoria originaria.
- l'Azienda si riserva la facoltà di emettere nuovo bando per l'aggiornamento della graduatoria qualora ne ravvisi la necessità.

L'ASL si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di prorogare sospendere o revocare il presente bando o parte di esso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi scrivendo alla mail [ccps@asl.novara.it](mailto:ccps@asl.novara.it).

Il Direttore S.C. Distretto Urbano di Novara  
S.S.D. C.C.P.S.  
(Dr. Gianfranco MASOERO)

**Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale per l'anno 2025 di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di Medici Pediatri di Libera Scelta**

Spett. A.S.L. NO  
Ufficio Protocollo  
Viale Roma 7  
28100 NOVARA (NO)

Marca  
da bollo  
come da norme vigenti € 16,00  
annullare con data e firma

da inviare esclusivamente via pec a:  
**protocollogenerale@pec.asl.novara.it**

**Domanda per la formazione di una graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito della Medicina Pediatrica di Libera Scelta dell'ASL NO di Novara per l'anno 2025.**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il .....

a..... cittadinanza.....

residente a .....CAP.....(prov. ....) in via .....

.....n° ..... e domiciliato a .....CAP.....(prov. ....)

in via .....n° ..... (indicare solo se diverso dalla residenza)

Codice Fiscale ..... Telefono .....

e-mail .....

Indirizzo posta certificata .....

Sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di ..... con voto ..... in data .....
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di ..... dal ..... numero iscrizione .....
- Di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico Chirurgo in data .....
- Di aver conseguito la specializzazione in Pediatria presso l'Università ..... in data ..... con votazione .....

- Di essere / non essere iscritto nella Graduatoria della Regione Piemonte per l'anno. 2025 con il punteggio.....;
- Di essere / non essere iscritto al corso di Specializzazione in ..... Sede ....., anno di iscrizione.....;
- Di avere / non avere procedimenti disciplinari o penali in corso;
- Di essere / non essere Medico convenzionato per l'assistenza primaria ad attività oraria presso..... per n. di ore.....;
- Di essere / non essere Medico convenzionato per l'Assistenza Primaria a ciclo di scelta / Medico Pediatra di Libera Scelta con numero di scelte ..... in data .....
- Di essere / non essere Medico della Medicina dei Servizi con numero di ore di incarico ..... presso l'Azienda .....
- Di essere / non essere in possesso della patente di guida "B".

**RICHIEDE:**

di essere inserito nella graduatoria per incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito della Pediatria di Libera Scelta dell'ASL NO di Novara per l'anno 2025 per:

Ambito territoriale di scelta Distretto Sud ed Urbano Novara             SI  NO  
 Ambito territoriale di scelta Distretto Nord                                     SI  NO

Inoltre:

Mi impegno a comunicare tramite PEC, entro 10 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

Sono consapevole che all'atto dell'assegnazione dell'incarico non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N..

Mi dichiaro disponibile per sostituzioni conferite dal Medico Pediatra titolare:

Ambito territoriale di scelta Distretto Sud ed Urbano Novara             SI  NO  
 Ambito territoriale di scelta Distretto Nord                                     SI  NO

Se SI : autorizzo l'Azienda a mettere disposizione dei Medici Pediatra titolari, a richiesta, il mio nominativo e i seguenti recapiti:

telefono.....indirizzo mail.....

data.....

firma .....

**ALLEGATI:** FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO (ENTRAMBE LE FACCIATE);

*Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.*

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 642/1972

DICHIARAZIONE

ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e D.M. 10/11/2011

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) M • F •

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo la seguente modalità:

- imposta di bollo assolta in modo virtuale, tramite apposizione e annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuto presso il mittente a disposizione degli organi di controllo; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16 applicata ha

IDENTIFICATIVO  emessa il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DICHIARA, INFINE,

che la marca da bollo sopra indicata sarà utilizzata esclusivamente per la presentazione della domanda in argomento (\_\_\_\_\_)

di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_