Azienda sanitaria locale 'NO'

Avviso pubblico per il conferimento di incarico a tempo determinato, ex art. 37 A.C.N., di medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta – Ambito territoriale della S.C. Distretto Area Nord dell'ASL NO di Novara (decorrenza incarico 30/11/2026 con attività ambulatoriale nel comune di Agrate Conturbia).

È indetto avviso pubblico per il conferimento di un incarico a tempo determinato**,** ex art. 37 A.C.N., di assistenza primaria a ciclo di scelta nell'ambito territoriale della S.C. Distretto Area Nord dell'ASL NO di Novara, con obbligo di apertura nel Comune di Agrate Conturbia e decorrenza incarico a far data dal 30/11/2026.

Possono presentare domanda per gli incarichi di cui sopra le seguenti categorie di medici così come dettato dall'art. 19 c.6 dell'A.C.N. 15/01/2026:

a) Medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

c) Medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni;

d) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

e) Medici iscritti ai corsi di specializzazione

I Medici di cui alle lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

La domanda di partecipazione all'Avviso di cui al comma 6, dall'art. 19 dell'A.C.N., in bollo, dovrà essere trasmessa dalla data di presentazione del presente avviso sul Bollettino Unico della Regione Piemonte e sul sito aziendale ed entro e non oltre il **05/11/2026 compreso.**

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DOMANDE

La domanda (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, indirizzata all'Azienda Sanitaria Locale di Novara, dovrà pervenire entro e non oltre il **05/11/2026**, esclusivamente a mezzo della casella di posta elettronica certificata 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;

- lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'A.C.N per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti.

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 o a distretto.aro@asl.novara.it.

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

Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di incarico a tempo determinato, ex art. 37 A.C.N., di medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta – Ambito territoriale della S.C. Distretto Area Nord dell'ASL NO di Novara (decorrenza incarico 30/11/2026 con attività ambulatoriale nel comune di Agrate Conturbia)

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

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

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

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ……..…….....……, nato/a il .....……..……
a……..……...….....… e residente a …..……..…….....
in via …….…….……..... n°……, (Prov. ……) CAP ……...
Domiciliata (indicare solo se differente dalla residenza) a …..……..…….....
in via …….…….……..... n°……, (Prov. ……) CAP …….....
tel. cellulare n° ……. fisso n° …….
mail …….....……,Codice fiscale ……..……
pec ……..

CHIEDE:

di partecipare all'Avviso pubblico per il conferimento di incarico a tempo determinato, ex art. 37 A.C.N., di medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta – Ambito territoriale della S.C. Distretto Area Nord dell'ASL NO di Novara (decorrenza incarico 30/11/2026 con attività ambulatoriale nel comune di Agrate Conturbia)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, **dichiara**:

- di essersi **laureata/o in Medicina e Chirurgia** all'età di anni ……, con voto ……../110 (**indicare 111/110 se laureato/a *cum laude*),** in data …./…./……..…,
- di essersi **abilitata/o all'esercizio professionale** nell'anno ..... ed iscritta/o all'**Ordine dei Medici Chirurghi** della provincia di ..... con il **n°** .....;

inoltre dichiara di :

a. essere Medico iscritto in Graduatoria Regionale del Piemonte per la Medicina Generale valida per l'anno 2026:

(__) SI (__) NO

Se SI : posizione in graduatoria e punteggio ……

b. essere Medico in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale:

(__) SI (__) NO

Se SI : conseguito in data …… regione ……. (allegare attestato)

c. essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (nota bene: gli iscritti a corsi di altre regioni possono concorrere esclusivamente ad incarichi di sostituzione)

(__) SI (__) NO

Se SI : Triennio ……...../…… ; Iniziato in data …… attualmente iscritto al :
☐ 1^ Anno ☐ 2^ Anno ☐ 3^ Anno Regione: …….

d. essere iscritto all'albo professionale successivamente al la data del 31/12/1994

(__) SI (__) NO

e. di essere iscritta/o al corso di Specializzazione

(__) SI (__) NO

Se SI : ….. anno di specializzazione …… sede …….

Inoltre, sempre ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, **dichiara**

- 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".

NOTE:……
……

Si impegna a comunicare, entro 10 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

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

data…… firma …….

n.b.: ALLEGATI

1) 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 _____