

**COMITATO ZONALE DI ALESSANDRIA  
Azienda Sanitaria Locale di Alessandria**

**PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI  
DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
1-15 SETTEMBRE 2025 – 3° TRIMESTRE**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 21, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie del 04.04.2024 si pubblicano i seguenti turni vacanti:

**A.S.L. AL – INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO (art. 21 A.C.N. 04.04.2024)**

**AREA MEDICINA SPECIALISTICA**

**BRANCA DI CARDIOLOGIA:**

- **n. 21 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Alessandria)

**BRANCA DI DERMATOLOGIA:**

- **n. 8 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Acqui - Ovada (sede di Acqui Terme)
- **n. 5 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Acqui - Ovada (sede di Ovada)
- **n. 17 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Alessandria)
- **n. 6 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Valenza)
- **n. 15 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Casale Monferrato (sedi di Trino e Ozzano)
- **n. 16 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Castelnuovo Scrivia) suddivise in:
  - n. 8 ore lunedì, orario 8:00 - 16:30 (30 min. pausa)
  - n. 8 ore giovedì, orario 8:00 - 16:30 (30 min. pausa)
- **n. 28 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Tortona) di cui:
  - n. 8 ore lunedì, orario 8:00 - 16:30 (30 min. pausa)
  - n. 8 ore mercoledì, orario 8:00 - 16:30 (30 min. pausa)
  - n. 6 ore giovedì, orario 8:00 - 14:00
  - n. 6 ore venerdì, orario 8:00 - 14:00

**BRANCA DI OCULISTICA:**

- **n. 8 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Alessandria)
- **n. 8 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Valenza)
- **n. 8 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Casale Monferrato (sedi di Trino e Ozzano)
- **n. 25 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Castelnuovo Scrivia) suddivise in:
  - n. 5 ore dal lunedì al venerdì, orario 8:00-13:00

- **n. 25 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Tortona) suddivise in:
  - n. 5 ore dal lunedì al venerdì, orario 8:00-13:00

#### **BRANCA DI ODONTOIATRIA:**

- **n. 14 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Arquata) suddivise in:
  - n. 7 ore lunedì, orario 8:00-15:30 (30 min. pausa)
  - n. 7 ore mercoledì, orario 8:00-15:30 (30 min. pausa)
- **n. 9 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Novi Ligure) il venerdì, orario 8:00-17:30 (30 min. pausa)
- **n. 8 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Tortona) il lunedì, orario 8:00-16:30 (30 min. pausa)

#### **PSICHIATRIA:**

- **n. 12 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Salute Mentale suddivise in:
  - n. 6 ore il lunedì presso la sede C.S.M. di Novi Ligure
  - n. 6 ore il mercoledì presso la sede C.S.M. di Novi Ligure

#### **AREA MEDICINA VETERINARIA**

#### **BRANCA DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE (AREA C):**

- **n. 38 ore settimanali** presso S.C. Veterinario - Area C (sede di Acqui Terme) dal lunedì al venerdì con effettuazione di turni di pronta disponibilità

Gli interessati dovranno far pervenire, con posta elettronica certificata, la propria disponibilità dal **01.09.2025** al **15.09.2025** al

**A.S.L. AL Via Venezia 6 - 15121 Alessandria (AL)**

**Sede del Comitato Zonale di Alessandria**

PEC: [aslal@pec.aslal.it](mailto:aslal@pec.aslal.it)

E, p.c. [convenzionemedici@aslal.it](mailto:convenzionemedici@aslal.it)

compilando il modulo allegato al presente bando, compilato in ogni sua parte disponibile sul sito aziendale dell'ASL AL all'indirizzo: <https://www.aslal.it/comitato-zonale-paritetico>.

**Non verranno accettate domande di disponibilità pervenute dopo il 15.09.2025.**

Occorre allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

L'avente diritto all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato sarà individuato attraverso l'ordine di priorità stabilito dall'art. 21 A.C.N. 04.04.2024.



Sede legale: via Venezia, 6  
15121 Alessandria  
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria del Comitato Zonale – telefono 0131 307422 - indirizzo mail [convenzionemedici@aslal.it](mailto:convenzionemedici@aslal.it)

Il Segretario  
Dott. Stefano Gravante  
(firmato in originale)

Il Presidente f.f.  
Dott. Massimo D'Angelo  
(firmato in originale)

*Comitato Zonale di Alessandria  
Presidente f.f.: Dott. Massimo D'Angelo  
Segreteria: Dott. Stefano Gravante  
Tel 0131 307422  
e-mail: [convenzionemedici@aslal.it](mailto:convenzionemedici@aslal.it)  
[www.aslal.it](http://www.aslal.it)*

**All'ASL AL**  
**Via Venezia 6 - 15121 Alessandria (AL)**  
**SEDE DEL COMITATO ZONALE DI ALESSANDRIA**  
[aslal@pec.aslal.it](mailto:aslal@pec.aslal.it)

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445  
da presentare unitamente ad una copia di un documento d'identità

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

presa visione della pubblicazione del mese di  marzo  giugno  settembre  dicembre effettuata da questo Comitato,

**CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per la**

**MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA** \_\_\_\_\_

**MEDICINA VETERINARIA: AREA A**  **AREA B**  **AREA C**   
per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede \_\_\_\_\_ dell'ASL  
AL  
per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede \_\_\_\_\_ dell'ASL  
AL  
per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede \_\_\_\_\_ dell'ASL  
AL

#### DICHIARA

a) di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
b) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi/Odontoiatri/Veterinari presso l'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
c) di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**  
**ai sensi dell'art. 21, comma 6 A.C.N. 04.04.2024**

1. di essere titolare di un rapporto convenzionale con il S.S.N. con incarico a tempo indeterminato a decorrere dal \_\_\_\_\_
  - lett. a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo presso A.S.L., sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico;  
Ore sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L./Ente \_\_\_\_\_
  - lett. b) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, esclusivamente, attività regolamentata dal presente Accordo presso ASL, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate in diverso ambito zonale della stessa Regione o di altra Regione confinante;  
Ore sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L./Ente \_\_\_\_\_
  - lett. c) titolare di incarico a tempo indeterminato presso 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;  
Ore sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L./Ente \_\_\_\_\_
  - lett. d) Specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;  
Ore sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L./Ente \_\_\_\_\_
  - lett. e) Specialista titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;  
Ore sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L./Ente \_\_\_\_\_
  - lett. f) titolare a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 28 comma 1;  
Ore sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L./Ente \_\_\_\_\_
  - lett. g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;  
Ore sett.li \_\_\_\_\_
2.  lett. h) specialista o veterinario iscritto nelle graduatorie, relative l'ambito zonale provinciale di Alessandria, di cui all'art. 19 A.C.N. 04.04.2024, in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi;
3.  lett. i) specialista o veterinario in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 A.C.N. 04.04.2024;
4.  lett. j)  medico di medicina generale,  pediatra di libera scelta,  medico dipendente del S.S.N. che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari

devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale;  
(specificare Azienda, tipologia di rapporto e decorrenza)

---

Dichiara altresì,

- di essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente;
- di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico;
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati dall'ASL AL ed Enti o Aziende collegate nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze penali stabilite dal D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni in caso di attestazioni non veritiere o incomplete e conferma sotto la propria responsabilità le dichiarazioni sopra indicate.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**La sottoscrizione di tale dichiarazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).**

#### **AVVERTENZE**

Ai fini delle procedure di cui all'art. 21 comma 6, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione della lettera h e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, l'anzianità di laurea ed in subordine la minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.



*Sede legale: via Venezia, 6  
15121 Alessandria  
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067*

*Comitato Zonale di Alessandria  
Presidente f.f.: Dott. Massimo D'Angelo  
Segreteria: Dott. Stefano Gravante  
Tel 0131 307422  
e-mail: [convenzionemedici@aslal.it](mailto:convenzionemedici@aslal.it)  
[www.aslal.it](http://www.aslal.it)*