

## ASSEGNAZIONE ORE DISPONIBILI – AVVISO DI COMPLETAMENTO ORARIO

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 20 comma 2 A.C.N. del 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie, espletate le procedure di mobilità intraziendale di cui al comma 1, si pubblica, sul sito istituzionale al link <https://www.aslal.it/avvisi-riservati-al-personale-convenzionato-interno-specialisti-veterinari-professionisti>, l'avviso di completamento orario, riservato ai medici specialisti, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'ASL AL, per le seguenti Branche/Aree professionali.

### ASL AL – AREA MEDICINA SPECIALISTICA

#### BRANCA DI CARDIOLOGIA:

- n. 14 ore settimanali presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Alessandria)
- n. 6 ore settimanali presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Castellazzo Bormida)

#### BRANCA DI DERMATOLOGIA:

- n. 8 ore settimanali presso S.C. Distretto Acqui - Ovada (sede di Acqui Terme)
- n. 4 ore settimanali presso S.C. Distretto Acqui - Ovada (sede di Ovada)
- n. 17 ore settimanali presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Alessandria)
- n. 6 ore settimanali presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Valenza)
- n. 15 ore settimanali presso S.C. Distretto Casale Monferrato (sedi di Trino e Ozzano)
- n. 16 ore settimanali presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Castelnuovo Scrivia) di cui:
  - n. 8 ore il lunedì, orario 8-16.30
  - n. 8 ore il giovedì, orario 8-16.30
- n. 28 ore settimanali presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Tortona) di cui:
  - n. 8 ore il lunedì, orario 8-16.30
  - n. 8 ore il mercoledì, orario 8-16.30
  - n. 6 ore il giovedì, orario 8-14.00
  - n. 6 ore il venerdì, orario 8-14.00
  -

#### BRANCA DI MEDICINA DELLO SPORT:

- n. 8 ore settimanali presso S.C. Distretto Acqui - Ovada (sede di Acqui Terme)
- n. 8 ore settimanali presso S.C. Distretto Acqui - Ovada (sede di Ovada)

#### BRANCA DI OCULISTICA:

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

**BRANCA DI ODONTOIATRIA:**

- n. 7 ore settimanali il martedì presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Arquata Scrivia)
- n. 7 ore settimanali presso S.C. Distretto Casale Monferrato (sede di Casale Monferrato)

**BRANCA DI OTORINOLARINGOIASTRIA:**

- n. 12 ore settimanali presso S.C. Distretto Acqui - Ovada (sede di Ovada) nelle giornate di lunedì e giovedì, orario 8-14
- n. 16 ore settimanali presso S.C. Distretto Novi - Tortona (sede di Arquata Scrivia) nelle giornate di martedì, mercoledì e venerdì

Possono presentare istanza di disponibilità gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti che abbiano i seguenti requisiti:

- essere titolari a tempo indeterminato (anche durante il periodo di prova) presso l'ASL AL con incarico, sommato ad eventuali altri incarichi svolti presso altre Aziende, inferiore al massimale orario consentito di n. 38 ore settimanali, nella stessa branca in cui è richiesto il completamento orario;
- essere titolari a tempo indeterminato per n. 38 ore settimanali, suddivise in più Aziende, che richiedano di accentrare l'incarico presso l'ASL AL, rinunciando alle ore eccedenti rispetto a quelle acquisite nell'Azienda di destinazione. È consentito l'accenramento al titolare che abbia maturato un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi in ciascuna Azienda di provenienza.

La comunicazione di disponibilità, sottoscritta dall'interessato deve essere presentata, con posta elettronica certificata, entro e non oltre il **23 novembre p.v.** a

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

**S.S. Convenzioni Uniche Nazionali**

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

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

Gli interessati dovranno inviare i seguenti documenti, compilati in ogni parte e sottoscritti:

- domanda di disponibilità
- autocertificazione informativa
- fotocopia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

**La mancata sottoscrizione della domanda o la trasmissione oltre il termine previsto, comportano l'esclusione dalle procedure.**

Le ore disponibili sono assegnate anche mediante frazionamento con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico in Azienda; in caso di parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età.

L'anzianità di servizio non deve intendersi circoscritta all'ambito aziendale, ma deve essere considerata quella giuridica relativa all'anzianità di titolarità del primo incarico a tempo indeterminato, tenuto conto della unicità di rapporto, se esercitato su più Aziende.

Allo specialista, veterinario o professionista che partecipa alle procedure di completamento orario (38 ore settimanali) e successivamente rinunci al completamento, è preclusa, ai sensi dell'art. 20, comma 5 A.C.N. 04/04/2024, la possibilità di partecipare all'assegnazione di incarichi per due turni successivi di pubblicazione e di percepire l'indennità di cui all'art. 45 fino all'accettazione di ampliamento orario, fatte salve eventuali indisponibilità degli ambulatori nelle giornate proposte dal medico/professionista. Tali disposizioni non si applicano in caso di accentramento dell'attività in un'unica Azienda.

La mancata partecipazione all'avviso non è intesa come rinuncia e pertanto non comporta gli effetti di cui agli artt. 20, comma 5 e 45, comma 8 A.C.N. 04/04/2024.

L'articolazione oraria, ove non indicato, e la data di decorrenza delle ore assegnate, saranno concordate successivamente con il Direttore della Struttura richiedente.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi a S.S. Convenzioni Uniche Nazionali – telefoni 0131 307422/307418 – indirizzo mail [convenzionemedici@aslal.it](mailto:convenzionemedici@aslal.it)

Alessandria, 17/11/2025

Direttore S.C. Personale  
Responsabile S.S. Convenzioni Uniche Nazionali  
Dott.ssa Antonella Bogliolo  
(firmato in originale)

**ASL AL**  
[aslal@pec.aslal.it](mailto:aslal@pec.aslal.it)

**S.S. Convenzioni Uniche Nazionali**

**DISPONIBILITÀ COMPLETAMENTO/ACCENTRAMENTO ORARIO**  
**(art. 20 commi 2,3 A.C.N. 04.04.2024)**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

titolare di incarico a tempo indeterminato (non limitato all'ASL AL) dal \_\_\_\_\_ in qualità di:

- Specialista ambulatoriale nella branca di \_\_\_\_\_
- Professionista Psicologo nell'Area professionale di \_\_\_\_\_
- Veterinario nella branca di \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso l'ASL AL dal \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

*(inserire tutti gli incarichi di cui si è titolare a tempo indeterminato ai sensi del vigente Accordo)*

**DICHIARA**

di essere disponibile all'assegnazione di n. ore \_\_\_\_\_ settimanali nella branca/area di \_\_\_\_\_ presso la sede \_\_\_\_\_ mediante incremento/completamento orario, in quanto non massimalista.

proposta orario \_\_\_\_\_

ipotesi di decorrenza dal \_\_\_\_\_

di essere disponibile all'assegnazione di n. ore \_\_\_\_\_ settimanali nella branca di \_\_\_\_\_ presso la sede \_\_\_\_\_ mediante

l'accenramento, in quanto massimalista:

di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali dall'ASL \_\_\_\_\_, con incarico dal \_\_\_\_\_

di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali dall'ASL \_\_\_\_\_, con incarico dal \_\_\_\_\_

proposta orario \_\_\_\_\_

ipotesi di decorrenza dal \_\_\_\_\_.

di aver / non aver partecipato a procedure per il completamento orario in atto presso altre Aziende  
(specificare: \_\_\_\_\_)

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati, anche con strumenti informatici, 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 veritieri 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).

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**  
**ANNO \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Codice  
 fiscale \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_\_) Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritieri, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere / non essere titolare di incarico (artt. 21, 22, 23, 36 A.C.N. 04.04.2024)

- tempo indeterminato  
 tempo determinato  
 provvisorio o di sostituzione  
 nella branca di \_\_\_\_\_

Area Professionale di

(\*) dal \_\_\_\_\_ nei sottoindicati Presidi (\*\*):

Decorrenza	Azienda	Ore settimanali	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

Specificare l'orario di inizio e fine attività per ogni giorno

**TOTALE ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_**

(\*) da compilarsi esclusivamente per Professionisti Psicologi

(\*\*) da compilarsi esclusivamente per rapporti di lavoro regolamentati dal vigente A.C.N. per la specialistica ambulatoriale

2. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
3. di essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
4. di esercitare / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di essere / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
6. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2 vigente ACN;
7. di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) di cui all'art.21 e svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art.22;
8. di esercitare / non esercitare (1) la professione medica / sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;
9. di svolgere / non svolgere (1) attività libero professionale presso:  
 \_\_\_\_\_  
(denominazione dell'Ente, Struttura, Azienda)  
località \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
10. di svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;
12. di operare / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al vigente ACN e secondo modalità stabilite a livello regionale;

13. di essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P. R n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
14. di essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazioni di cui al D.lgs 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
16. di avere / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'ACN vigente (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, la data e la durata*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. di essere / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. di avere / non avere (1) riportato condanne penali e di avere / non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire / non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta e la misura dell'indennità percepita*)  
\_\_\_\_\_).

*(1) Cancellare la parte che non interessa*

NOTE

---

---

---

---

Si impegna altresì a comunicare al Comitato Zonale ogni variazione in merito a quanto sopra riportato ai sensi dell'art. 27 comma 3 e dell'art. 28 comma 5 ACN 04/04/2024 dei Medici Specialisti, Veterinari e Professionisti.



Sede legale: via Venezia, 6

15121 Alessandria

Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

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).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_