

COMITATO ZONALE DI ALESSANDRIA
Azienda Sanitaria Locale di Alessandria

PUBBLICAZIONE TURNI
DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE
1-15 SETTEMBRE 2026 – 3° TRIMESTRE

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie del 05.02.2026 si pubblicano i seguenti turni:

A.S.L. AL – INCARICHI A TEMPO DETERMINATO (art. 22 A.C.N. 05.02.2026) - DURATA 6 MESI

AREA MEDICINA SPECIALISTICA

BRANCA DI MEDICINA DEL LAVORO:

- **n. 16 ore settimanali frazionabili** presso S.S.A. Medico Competente (sede e giornate da definire) negli orari 9:00-13:00 / 13:30-17:30

BRANCA DI MEDICINA LEGALE:

- **n. 16 ore settimanali frazionabili** presso S.S.A. Medico Competente (sede e giornate da definire) negli orari 9:00-13:00 / 13:30-17:30
Richiesto diploma di master di II livello abilitante per lo svolgimento delle funzioni di medico competente, in esito ad un percorso formativo universitario rispondente ai requisiti di cui al Decreto Interministeriale MIUR-SALUTE del 15 novembre 2010

BRANCA DI IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA:

- **n. 32 ore settimanali frazionabili** presso S.S.A. Medico Competente (sede e giornate da definire) negli orari 9:00-13:00 / 13:30-17:30
Richiesto diploma di master di II livello abilitante per lo svolgimento delle funzioni di medico competente, in esito ad un percorso formativo universitario rispondente ai requisiti di cui al Decreto Interministeriale MIUR-SALUTE del 15 novembre 2010

Possono partecipare all'assegnazione degli incarichi a tempo determinato i medici in possesso del diploma di specializzazione nella branca specialistica dell'area medica pubblicata, oltre a quanto specificato per le branche di Medicina legale e Igiene e medicina preventiva.

Ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. 05.02.2026 l'incarico sarà conferito allo specialista/veterinario secondo le graduatorie annuali di cui all'art. 19 (ambito provinciale di Alessandria, anno 2026) in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi.

L'incarico a tempo determinato non può essere conferito per un periodo superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L'incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 12 (dodici) mesi continuativi.

Gli interessati dovranno far pervenire, con posta elettronica certificata, la propria disponibilità dal **01.09.2026** al **15.09.2026** al



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

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

Sede del Comitato Zonale di Alessandria

PEC: aslal@pec.aslal.it

E, p.c. 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 15.09.2026.

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).

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

Il Segretario
Dott. Stefano Gravante
(firmato in originale)

Il Presidente
Dott. Luigi Rossi
(firmato in originale)

A.S.L. AL
Via Venezia 6 - 15121 Alessandria (AL)
SEDE DEL COMITATO ZONALE DI ALESSANDRIA
aslal@pec.aslal.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI A TEMPO DETERMINATO

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 per la

- ☐ **MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA** _____
- ☐ **MEDICINA VETERINARIA:** AREA A ☐ AREA B ☐ AREA C ☐
- per n. ____ ore settimanali a tempo determinato presso la sede _____
dell'A.S.L. AL
- per n. ____ ore settimanali a tempo determinato presso la sede _____
dell'A.S.L. AL
- per n. ____ ore settimanali a tempo determinato presso la sede _____
dell'A.S.L. AL
- per n. ____ ore settimanali a tempo determinato presso la sede _____
dell'A.S.L. 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. 22 A.C.N. 05.02.2026

1. ☐ di essere specialista/veterinario iscritto nelle graduatorie, relative l'ambito zonale provinciale di Alessandria, di cui all'art. 19 A.C.N. 05.02.2026, in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi
Posizione n. _____;
2. ☐ di essere specialista/veterinario in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 A.C.N. 05.02.2026;

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. 22 è conferito allo specialista/veterinario secondo la graduatoria di cui all'art. 19 in vigore per l'anno 2026; in caso indisponibilità l'incarico può essere conferito agli specialisti/veterinari in possesso dei requisiti di cui all'art. 19, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Egregio/a Dottore/Dottoressa,

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE 2016/679, 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 all'espletamento del procedimento volto alla formazione della graduatoria di priorità al fine dell'assegnazione dell'incarico disponibile nel trimestre e nella branca interessata, ai sensi dell'A.C.N. S.A.I. 05/02/2026 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 S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria**;
3. Nell'ambito del procedimento di cui sopra, dati anagrafici e posizione in graduatoria saranno trasmessi all'Asl/Ente che ha chiesto la pubblicazione dei turni;
4. In merito al trattamento dei propri dati personali l'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15,16,17 e 18 del Regolamento. In caso di sottoscrizione di una qualsiasi forma di consenso al trattamento richiesto dall'A.S.L. AL si fa presente che l'interessato può revocarlo in qualsiasi momento, contattando il titolare del trattamento all'indirizzo mail: aslal@pec.aslal.it
5. IL Titolare del trattamento dei dati è l'A.S.L. AL.

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

☐ **AUTORIZZA**

☐ **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. S.A.I. vigente.

Data _____

Firma _____