

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

**PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI
DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE
1-15 SETTEMBRE 2026 – 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 05.02.2026 si pubblicano i seguenti turni vacanti:

A.S.L. AL – INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO (art. 21 A.C.N. 05.02.2026)

AREA MEDICINA SPECIALISTICA

BRANCA DI ALLERGOLOGIA:

- **n. 7 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Alessandria
- **n. 7 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Valenza)

BRANCA DI CARDIOLOGIA:

- **n. 14 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Alessandria
- **n. 12 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Acqui Terme
- **n. 12 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Ovada

BRANCA DI DERMATOLOGIA:

- **n. 8 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Acqui Terme
- **n. 16 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Ovada
- **n. 17 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Alessandria
- **n. 6 ore settimanali frazionabili** presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Valenza)
- **n. 3 ore settimanali** presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede degli Istituti Penitenziari di Alessandria)
- **n. 6 ore settimanali** presso Casa di Comunità di Casale Monferrato
- **n. 6 ore settimanali** presso Casa di Comunità di Trino Vercellese
- **n. 19 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Tortona

BRANCA DI MEDICINA DELLO SPORT:

- **n. 8 ore settimanali** presso Ambulatorio di Medicina dello Sport (sede di Ovada) il lunedì, orario 8:30-17:00
- **n. 8 ore settimanali** presso Ambulatorio di Medicina dello Sport (sede di Acqui Terme) il martedì, orario 8:30-17:00

BRANCA DI NEUROLOGIA:

- **n. 16 ore settimanali frazionabili** presso Casa di Comunità di Tortona

BRANCA DI OCULISTICA:

- n. 12 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Acqui Terme
- n. 12 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Ovada
- n. 8 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Alessandria
- n. 8 ore settimanali frazionabili presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Valenza)
- n. 6 ore settimanali presso Casa di Comunità di Casale Monferrato
- n. 4 ore settimanali presso Casa di Comunità di Trino Vercellese
- n. 16 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Castelnuovo Scrivia
- n. 38 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Tortona

BRANCA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA:

- n. 38 ore settimanali frazionabili presso Dipartimento Materno infantile da svolgersi:
 - n. 25,5 ore frazionabili presso Consultorio Casale
 - n. 7,5 ore presso Consultorio Trino
 - n. 2,5 ore presso Consultorio Moncalvo
 - n. 2,5 ore presso Ambulatorio Ginecologia Ozzano

BRANCA DI PNEUMOLOGIA:

- n. 8 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Alessandria
- n. 6 ore settimanali frazionabili presso S.C. Distretto Alessandria - Valenza (sede di Valenza)
- n. 6 ore settimanali presso Casa di Comunità di Trino Vercellese
- n. 6 ore settimanali frazionabili Casa di Comunità di Arquata Scrivia
- n. 6 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Castelnuovo Scrivia
- n. 8 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Novi Ligure
- n. 8 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Tortona

BRANCA DI SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA:

- n. 6 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Acqui Terme
- n. 6 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Ovada
- n. 6 ore settimanali presso Casa di Comunità di Trino Vercellese
- n. 6 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Novi Ligure
- n. 6 ore settimanali frazionabili presso Casa di Comunità di Tortona

L'A.S.L. AL si riserva la facoltà di concordare con il Responsabile del Servizio eventuali variazioni della giornata stabilita, se indicata, in base a comprovate esigenze organizzative.

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

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.



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

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. 05.02.2026.

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 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'A.S.L. AL
- per n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede _____
dell'A.S.L. AL
- per n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede _____
dell'A.S.L. AL
- per n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede _____
dell'A.S.L. AL
- per n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato 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. 21, comma 6 A.C.N. 05.02.2026

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. 05.02.2026, 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. 05.02.2026;
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.

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 _____