

ASSEGNAZIONE ORE DISPONIBILI – AVVISO DI COMPLETAMENTO ORARIO

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 20 commi 2, 3 e 6 A.C.N. del 05/02/2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie, 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 professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'A.S.L. AL, per la seguente Area professionale.

AREA PROFESSIONISTI PSICOLOGI

BRANCA DI PSICOLOGIA:

- **n. 7 ore settimanali** presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) - sede di Casale Monferrato da svolgersi il venerdì, orario 9:00-16:30

Per la specificità delle attività svolte presso il Servizio, si richiedono le seguenti particolari capacità professionali (è richiesto certificato rilasciato dall'Azienda):

1. COMPETENZE PROFESSIONALI ACQUISITE

- Comprovata esperienza nella somministrazione ed interpretazione dei test neuropsicologici per la diagnosi di demenza (MODA, ADAS, MOCA, FAB, ENB)
- Comprovate competenze sugli aspetti non cognitivi delle malattie neurodegenerative, inclusa l'affettività e gli aspetti comportamentali - con particolare attenzione alle patologie afferenti al CDCD e con esperienza nella somministrazione dei test di pertinenza (HAM-D, BDI, GDS, STAI/STAIX, NPI)
- Conoscenze di base relative al neuroimaging ed alla neuro/psico-farmacologia nell'ambito del decadimento cognitivo;
- Comprovate competenze relative alla valutazione dello stress, al sostegno psicologico e psico-educativo dei caregiver dei pazienti affetti da demenza.

Età o target: > 18 anni

2. PERCORSO FORMATIVO SPECIFICO

Master in Neuropsicologia e riabilitazione neuropsicologica

3. ESPERIENZE CLINICHE E PROFESSIONALI

- Almeno 3 anni di comprovata esperienza professionale in ambito neuropsicologico / psicogeriatrico maturata presso centri UVA, CDCD, reparti NAT in RSA, ALZHEIMER CAFE, centri diurni per pazienti con decadimento cognitivo;
- Esperienza di riabilitazione cognitiva di gruppo, ad es: ROT, Terapia di reminiscenza, Cognitive Stimulation Therapy (metodo Spector).

Età o target: > 18 anni

Possono presentare istanza di disponibilità i professionisti che abbiano i seguenti requisiti:

- essere titolari a tempo indeterminato presso l'A.S.L. 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'A.S.L. AL, rinunciando alle ore eccedenti rispetto a quelle acquisite nell'Azienda di destinazione. È consentito l'accentramento al titolare che abbia maturato un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi in ciascuna Azienda di provenienza;
- essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste nel presente avviso, ovvero essere valutati idonei dalla commissione tecnica aziendale o esercitare già gli stessi compiti e funzioni in Azienda.

La comunicazione di disponibilità, sottoscritta dall'interessato deve essere presentata, con posta elettronica certificata, entro e non oltre il **4 agosto p.v.** a

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

S.S. Convenzioni Uniche Nazionali

PEC: aslal@pec.aslal.it

E, p.c. 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)
- certificazione delle particolari capacità professionali richieste nel presente avviso.

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

Le ore disponibili sono assegnate ai professionisti, in possesso dei suddetti requisiti, 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.

Al 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. 05/02/2026, 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 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. S.A.I. 05/02/2026.



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

La data di decorrenza delle ore assegnate, saranno concordate successivamente con il Direttore/Responsabile 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

Alessandria, 15/07/2026

Il Dirigente Amm.vo S.C. Personale
Dott.ssa Simona Colla
(firmato in originale)

ASL AL
aslal@pec.aslal.it

S.S. Convenzioni Uniche Nazionali

DISPONIBILITÀ COMPLETAMENTO/ACCENTRAMENTO ORARIO
(art. 20 commi 2,3 A.C.N. 05.02.2026)

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 _____

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 veritiere, 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. 05.02.2026)

☐ 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. _____
☐ studio privato
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 A.C.N. 05/02/2026 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 _____