



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbanio Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **S.O.C. GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI**

Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Omegna Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail :osru@aslvco.it  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail :previdenza@aslvco.it  
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail:stipendi@aslvco.it

## **PUBBLICO AVVISO DI RICERCA DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DI MEDICI ISCRITTI ALL'ALBO PROFESSIONALE PER LA COSTITUZIONE DELL'EQUIPE VACCINALE**

Nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da COVID 19, l'ASL VCO ricerca medici iscritti all'albo professionale dei medici chirurghi per la formazione di elenchi di medici disponibili a prestare la propria attività per la costituzione dell'equipe vaccinale, e pertanto informa che a tal fine è in corso una raccolta di manifestazione di interesse

L'ASL VCO, ricevute le manifestazioni di interesse, procederà al conferimento di incarichi libero professionali.

### **Requisiti :**

- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Iscrizione all'Albo Professionale dei medici chirurghi

Per i cittadini di stato estero non facente parte dell'Unione Europea, è necessario allegare regolare permesso di soggiorno in corso di validità.

E' necessario altresì:

- essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- non aver riportato condanne penali o misure di applicazione della pena ex art. 444 c.p.c, salvo quanto previsto dall'art. 445, c. 2 c.p.c., né aver subito sanzioni disciplinari;
- non essere stati destituiti o licenziati dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni e di essere nelle condizioni di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- non trovarsi, neppure potenzialmente, o essersi trovati in conflitto di interessi con l'A.S.L. VCO.

I requisiti per l'ammissione alla selezione devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda

Il mancato possesso dei requisiti richiesti determina l'esclusione

### **Attività da svolgere :**

- esecuzione e valutazione anamnesi vaccinale;
- supervisione attività ambulatoriale;
- inoculazione vaccino;
- verifica clinica ed osservazione post vaccinale;
- segnalazioni eventi avversi.





**A.S.L. VCO.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

### **Compenso :**

A fronte dell'erogazione delle prestazioni mediche suddette è previsto un compenso orario di 40 € lordi.

La durata dell'incarico e l'impegno orario verranno concordate tra l'Azienda e il professionista a seconda della disponibilità manifestata e del perdurare della necessità legata all'attività vaccinale.

Le modalità di espletamento della prestazione libero - professionale e le modalità di pagamento verranno concordate al momento della costituzione del rapporto di collaborazione. Il compenso verrà corrisposto in tranches mensili a fronte di presentazione da parte del professionista di regolari fatture elettroniche entro il 5 di ogni mese successivo a quello di riferimento, unitamente a dichiarazione del Responsabile della vigilanza sulla regolare esecuzione del contratto. Il professionista pertanto al momento della stipula del contratto dovrà essere in possesso di partita IVA.

La copertura RC – colpa grave è a carico del professionista. Qualsiasi altra copertura assicurativa non può essere posta a carico dell'A.S.L. VCO. Ogni onere assicurativo per i rischi di infortunio, ivi compresi quelli "in itinere", è a carico del professionista, che solleva l'A.S.L. VCO da ogni responsabilità in caso di infortunio imputabile all'esecuzione delle attività oggetto del contratto.

### **Modalità di presentazione della manifestazione di interesse :**

La manifestazione di interesse dovrà essere espressa mediante la compilazione del modulo allegato, da far pervenire, unitamente alla copia di un documento di identità, in corso di validità, e trasmessa con una delle seguenti modalità:

- invio mediante posta elettronica certificata (PEC intestata all'istante) al seguente indirizzo: [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it) (il file deve essere unico e in formato pdf.);
- invio a mezzo Racc. A/R al seguente indirizzo : **A.S.L. VCO – S.O.C. Gestione Personale e Relazioni Sindacali - Via Mazzini n. 117 28887 OMEGNA (VB)**
- consegna a mano all'Ufficio Protocollo dell'A.S.L. VCO.

### **Scadenza :**

Il presente avviso rimane per tutto il tempo del perdurare dell'emergenza.

In tema di informativa trattamento dati si fa rinvio all'art.14 del D.L. 09/03/2020 n. 14.

Per eventuali chiarimenti gli aspiranti potranno rivolgersi alla Struttura Complessa Gestione Personale e Relazioni Sindacali ASL VCO – Settore Concorsi – Tel. 0323/868370.dalle ore 8.30 alle ore 16.00, dal lunedì al venerdì.

**Omegna, li 22 DIC. 2020**

**IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott.ssa Chiara Serpieri)**





**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Fac simile domanda di partecipazione**

**PUBBLICO AVVISO DI RICERCA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**  
**DI MEDICI ISCRITTI ALL'ALBO PROFESSIONALE**  
**PER LA COSTITUZIONE DELL'EQUIPE VACCINALE**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il ..... a .....

(Prov: .....)

Residente in ..... (Prov: .....) Cap.....

Via..... n.....

Codice fiscale : .....

Tel. : .....

Cellulare : .....

Email : .....

PEC : .....

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO**

**E DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e s.m.i., e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000, quanto segue :

- di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita il ..... presso Università .....
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi di ..... al numero .....
- di non essere attualmente dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione;





**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

- solo per i cittadini di stato estero non facenti parte dell'Unione Europea – di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato da .....

- di aver svolto le seguenti esperienze formative :

.....

.....

.....

.....

.....

- di aver maturato le seguenti esperienze professionali :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_

