



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
per la MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE VCO**

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)  
Tel 0323 541552 Fax 0323 541399 e-mail [segreteriaadso.vb@aslvc.it](mailto:segreteriaadso.vb@aslvc.it)

**PUBBLICAZIONE DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO  
DI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
NELL'ASL VCO**

**GIUGNO 2024**

**n. 11 ore/sett. di OTORINOLARINGOIATRIA  
n. 14 ore/sett. DI CHIRURGIA VASCOLARE  
n. 4 ore/sett. DI ODONTOIATRIA PROTESICA  
n. 13 ore di DERMATOLOGIA  
n. 12 ore di PNEUMOLOGIA**

**Incarico a tempo indeterminato (art. 21 – ACN 04.04.2024) non frazionabile in sede di assegnazione e da espletarsi presso le sedi ambulatoriali dell'ASL V.C.O. e così suddivisi:**

**N. 11 ORE DI OTORINOLARINGOIATRIA così suddivise:**

- n. 7 ore presso il Poliambulatorio di Stresa:  
giorno Mercoledì dalle ore 8.00 alle ore 12.00 e dalle ore 12.30 alle ore 15.30
- n. 4 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Verbania:  
giorno Giovedì dalle ore 8.30 alle ore 12.30

**N. 14 ORE DI CHIRURGIA VASCOLARE così suddivise:**

- N. 14 ore presso il poliambulatorio del P.O. di Domodossola:  
giorno Lunedì e Venerdì' dalle ore 8.00 alle ore 15.30 (con 30' pausa pranzo)

**N. 4 ORE DI ODONTOIATRIA PROTESICA così suddivise:**

- n. 4 ore presso Poliambulatorio di Stresa :  
giorno Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30

**N. 13 ORE DI DERMATOLOGIA così suddivise:**

- n. 7 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Domodossola  
Giorno Lunedì dalle ore 8.30 alle ore 16.00 (con 30' pausa pranzo tra le 12.30 e le 13.00)
- n. 6 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Verbania  
Giorno Mercoledì dalle ore 8.00 alle ore 14.00

**N. 12 ORE PNEUMOLOGIA così suddivise**

- N. 12 ore presso il poliambulatorio del P.O. di Domodossola:
  - n. 8 ore nella giornata di Lunedì dalle ore 8.00 alle 16.30 (con 30' pausa pranzo)
  - n. 8 ore il 1° e 4° Venerdì del mese dalle ore 8.00 alle 16.30 (con 30' pausa pranzo)



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**Si precisa che tali articolazioni orarie potranno subire eventuali variazioni in seguito alle diverse necessità aziendali.**

\* \* \* \* \*

Possono concorrere **per l'incarico a tempo indeterminato** gli Specialisti individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 21 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni.

Gli interessati dovranno far pervenire, personalmente (mediante consegna diretta all'ufficio Protocollo dell'ASL VCO) oppure con lettera raccomandata A.R. ovvero con posta certificata a [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it) la propria disponibilità al Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale presso ASL VCO di Via Mazzini 117 – Omegna

### **DAL GIORNO 1 AL GIORNO 15 DEL MESE DI GIUGNO 2024**

Nel caso di consegna a mano della domanda di disponibilità si informa che l'ufficio Protocollo è aperto al pubblico dal Lunedì al Venerdì dalle ore 08.30 alle ore 16.00.

Per le domande di disponibilità inoltrate tramite servizio postale fa fede il **timbro di ricezione da parte dell'Ufficio Protocollo** dell'ASL VCO di Omegna. Il recapito della domanda di disponibilità rimane ad esclusivo rischio del mittente, ove, per un qualsiasi motivo, la stessa non giungesse a destinazione in tempo utile.

La dichiarazione di disponibilità è presente sul sito dell'ASL VCO [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it).

Per eventuali informazioni chiedere all'Ufficio Assistenza Specialistica Ambulatoriale telefono 0323 541552/0324 491530



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

(Modello dichiarazione di disponibilità)

Raccomandata R.R. / pec

Data \_\_\_\_\_

Al Comitato Consultivo Zonale per la  
Medicina Specialistica Ambulatoriale  
c/o ASL VCO  
Via Mazzini 117  
28887 Omegna (Vb)

**OGGETTO:** DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI  
PUBBLICAZIONE DEL MESE DI **GIUGNO** ANNO **2024**

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

(specificare località, indirizzo) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

indirizzo PEC (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Specializzato in \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l' area professionale di:

• **MEDICINA SPECIALISTICA:** \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

di essere abilitato / a all'esercizio professionale dalla Sessione \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

di essere iscritto / a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di essere / non essere incluso / a nella graduatoria provinciale specialistica dell'ambito zonale provinciale del V.C.O.





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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

di essere in possesso della seguente specializzazione \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università \_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

di essere/non essere titolare di incarico ambulatoriale convenzionato ai sensi del vigente ACN nella branca di .....  
presso l'ASL.....di.....per n. ore settimanali .....  
presso l'ASL.....di.....per n. ore settimanali .....  
presso l'ASL.....di.....per n. ore settimanali.....  
 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato  
 con rapporto di lavoro a tempo determinato/annuale

oppure

di trovarsi in altra condizione (diversa dalle sopraindicate) che ai sensi dell'art. 21 comma 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, costituisca titolo per concorrere al conferimento dei turni pubblicati.

Firma\_\_\_\_\_

Il sottoscritto infine dichiara di essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente.

Indirizzo presso cui desidera eventuali comunicazioni

\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

**Gli aspiranti ai turni dovranno allegare alla domanda fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità.**



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

*(Modello dichiarazione sostitutiva di certificazione)*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, previste dal Codice Penale e dalle leggi in materia, in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (vedi art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

**DICHIARA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_