



**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 [segreteriadsso.vb@aslvc.co.it](mailto:segreteriadsso.vb@aslvc.co.it)

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

**MARZO 2025**

- n. 24 ore/sett. di CARDIOLOGIA**
- n. 32 ore/sett. di DERMATOLOGIA**
- n. 24 ore/sett. di OCULISTICA**
- n. 16 ore/sett. di FISIATRIA**

**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. 24 ORE DI CARDIOLOGIA** così suddivise:

- n. 16 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Verbania  
giorno Lunedì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30  
giorno Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30
- n. 8 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Domodossola  
giorno Mercoledì dalle ore 08.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30

**N. 32 ORE DI DERMATOLOGIA** così suddivise:

- n. 16 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Domodossola  
Giorno Lunedì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30  
Giorno Martedì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30
- n. 16 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Verbania  
Giorno Mercoledì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30  
Giorno Giovedì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30

**N. 24 ORE DI OCULISTICA** così suddivise:

- n. 8 ore presso il Poliambulatorio di Stresa :  
giorno Giovedì dalle ore 8.30 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30
- n. 16 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Verbania:  
giorno Lunedì dalle ore 8.30 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30  
giorno Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30



**N. 16 ORE FISIATRIA così suddivise**

- n. 16 ore presso il poliambulatorio del P.O. di Domodossola:  
giorno Martedì dalle ore 8.00 alle 16.30 con obbligo di pausa di 30  
giorno Giovedì dalle ore 8.30 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30

**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 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 MARZO 2025**

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



*(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 **MARZO** ANNO **2025**

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 \_\_\_\_\_





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

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

---

{} 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*

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

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 6 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.**





### *(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

