



A.S.L. V.C.O.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**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@aslvco.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





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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

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.

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

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

(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



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



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

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

☐ 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.**



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

(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
