



**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

**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 [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it)

**PUBBLICAZIONE DEI TURNI VACANTI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE NELL'ASL VCO**

**MARZO 2015**

Possono concorrere **per l'incarico a tempo indeterminato e determinato** gli Specialisti individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 23 comma 1 (dalla lettera a alla lettera l) del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni.

Esaurite le disponibilità degli specialisti rientranti nella citata disposizione, possono concorrere per **l'incarico a tempo determinato** gli specialisti inseriti nelle apposite graduatorie valedoli per l'anno in corso secondo la procedura e con le modalità previste dal comma 10 dell'art. 23 del Nuovo Accordo Collettivo Nazionale.

Esperate inutilmente le procedure di cui sopra, l'Azienda, ai sensi del comma 11 dell'art. 23 del Nuovo Accordo Collettivo Nazionale, può conferire **l'incarico a tempo determinato** ad uno specialista ambulatoriale dichiaratosi comunque disponibile ed in possesso dei requisiti previsti dall'Accordo sopraccitato.

Gli interessati dovranno far pervenire, personalmente (mediante consegna diretta all'ufficio Protocollo dell'ASL VCO) oppure con lettera raccomandata A.R., la propria disponibilità al

Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale presso ASL VCO  
Via Mazzini 117 – Omegna

**DAL GIORNO 1 AL GIORNO 10 DEL MESE DI APRILE 2015**

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 0324 491671.



**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

**ASL VCO n. 50 ore di**

**CARDIOLOGIA**

**Così suddivise:**

- **n. 20 ore per la Sede di DOMODOSSOLA**
- **n. 30 ore per la Sede di VERBANIA**

**Si richiede esperienza nell'esecuzione di ecocardiografia, ecg con cicloergometro, lettura ecg-holter.**

N.B.: Per quanto riguarda le particolari capacità professionali, il relativo possesso dovrà essere comprovato:

- autocertificazione ai sensi di legge, con indicazione delle Strutture Pubbliche e dei periodi in cui le capacità professionali sono state acquisite.

Per il suddetto incarico l'ASL VCO si riserva la possibilità di preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali richieste con un'apposita commissione di esperti del settore nominata ai sensi del comma 4 dell'art. 22 del vigente A.C.N., la quale avrà anche la facoltà di sottoporre i candidati ad eventuale prova pratica (art. 10 comma 4 dell'Accordo Integrativo Regionale).

Omegna



**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

*(Modello dichiarazione di disponibilità)*

Raccomandata R.R.

Data\_\_\_\_\_

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

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ presa visione della pubblicazione  
dei turni vacanti di attività specialistica ambulatoriale dell'ASL VCO per il mese di Marzo  
2015, effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per  
l'incarico nella branca specialistica di \_\_\_\_\_

per complessive ore settimanali (in lettere) .....

All'uopo dichiara:

di essere in possesso della seguente specializzazione .....

di 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

ovvero inserito nelle graduatorie degli aspiranti agli incarichi ambulatoriali dell'ambito  
zonale della Provincia del Verbano-Cusio-Ossola per l'anno 2015

oppure

di trovarsi in altra condizione (diversa dalle sopraindicate) che ai sensi dell'art. 23 comma  
1 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, costituisca titolo per concorrere al  
conferimento dei turni pubblicati. Specificare le condizioni:

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

Firma\_\_\_\_\_

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

Firma\_\_\_\_\_

Indirizzo presso cui desidera eventuali comunicazioni

\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_



