

**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**

**DICEMBRE 2016**

**ORE VACANTI ASL VCO : n. 5 ore di MEDICINA DELLO SPORT**

Tale attività dovrà essere svolta presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL VCO sito in Via IV Novembre 194 – Crusinallo di Omegna – in orari di lavoro che verranno successivamente comunicati allo specialista avente diritto sulla base della disponibilità degli ambulatori e delle necessità aziendali

\* \* \* \* \*

Possono concorrere **per l'incarico a tempo indeterminato** gli Specialisti individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 19 comma 2 (dalla lettera a alla lettera i) 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 la propria disponibilità al Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale presso ASL VCO di Via Mazzini 117 – Omegna

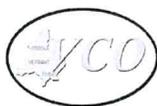
**DAL GIORNO 1 AL GIORNO 10 DEL MESE DI GENNAIO 2017**

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.

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 Dicembre 2016, effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per l'incarico nella branca specialistica di \_MEDICINA DELLO SPORT\_

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

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
- di essere inserito nelle graduatorie degli aspiranti agli incarichi ambulatoriali dell'ambito zonale della Provincia del Verbano-Cusio-Ossola per l'anno 2016

oppure

di trovarsi in altra condizione (diversa dalle sopraindicate) che ai sensi dell'art. 19 comma 2 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 \_\_\_\_\_



