



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 0324.4911 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

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

SETTEMBRE 2017

**n. 13 ore di PNEUMOLOGIA
n. 5 ore di REUMATOLOGIA
n. 5 ore di RADIOLOGIA**

L'ASL VCO dispone la pubblicazione degli incarichi di cui sopra a seguito del perdurante incremento dei tempi di attesa di tali prestazioni specialistiche e nelle more della completa attuazione del Programma di Area per il governo dei Tempi di Attesa per l'Area Omogenea Piemonte Nord-Est e dell'Atto Aziendale.

Tali attività dovranno essere svolte nel seguente modo:

Attività di PNEUMOLOGIA:

- n. **5** ore presso il Poliambulatorio del Presidio Ospedaliero di Verbania nella giornata di **Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30**
- n. **8** ore presso il Poliambulatorio del Presidio Ospedaliero di Domodossola nella giornata di **Martedì dalle ore 8.30 alle ore 13.30 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00**

Per lo svolgimento di detta attività sono richieste le seguenti capacità professionali: visita specialistica pneumologia, spirometria, broncoscopia.

Attività di REUMATOLOGIA:

- n. **5** ore presso il Poliambulatorio del Presidio Ospedaliero di Verbania nella giornata di **Martedì dalle ore 9.00 alle ore 14.00**

Attività di RADIOLOGIA: **Per lo svolgimento dell'attività di ecocolordoppler polidistrettuale arteriosa e venosa**

- n. **5** ore presso il Poliambulatorio del Presidio Ospedaliero di Verbania nella giornata di **Martedì dalle ore 8.00 alle ore 13.00**

SI PRECISA CHE GLI INCARICHI DI CUI SOPRA NON SONO FRAZIONABILI IN SEDE DI ASSEGNAZIONE (ART. 18 Comma 4)





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

Per l'assegnazione dei suddetti incarichi l'ASL VCO si riserva la possibilità di preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità richieste anche previa valutazione da parte di una commissione tecnica aziendale (art. 18 c. 5 ACN per la specialistica ambulatoriale vigente)

* * * * *

Possono concorrere **per l'incarico a tempo determinato** gli Specialisti individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 20 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 OTTOBRE 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.
Per eventuali informazioni chiedere all'Ufficio Assistenza Specialistica Ambulatoriale telefono 0323 541552.

Omegna ,



A.S.L. VCO.

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 degli incarichi di attività specialistica ambulatoriale dell'ASL VCO per il mese di Settembre 2017, 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/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
- di essere/non 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. 20 comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, costituisca titolo per concorrere al conferimento degli incarichi pubblicati.

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_____





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 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

I dati saranno trattati in conformità al **Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196**
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

Firma _____

