



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

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

DICEMBRE 2017

- n. **38 ore/sett. di CARDIOLOGIA**
- n. **21 ore/sett. di ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

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 CARDIOLOGIA:

- n. **20 ore/sett.** presso i Poliambulatori ASL VCO dell'Area Operativa di Verbania;
 - n. **18 ore/sett.** presso i Poliambulatori ASL VCO dell'Area Operativa di Domodossola;
- Per lo svolgimento di detta attività sono richieste le seguenti capacità professionali: esecuzione ecocardiografia transtoracica, transesofagea e pediatrica, test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro, lettura ecg-holter cardiaco e test di monitoraggio pressione arteriosa.***

Attività di ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA:

- n. **10 ore/sett** presso i Poliambulatori ASL VCO dell'Area Operativa di Verbania;
- n. **10 ore/sett** presso i Poliambulatori ASL VCO dell'Area Operativa di Domodossola;
- n. **1 ora/sett** presso la SOC ORT dell'ASL VCO per attività ambulatoriale di "chirurgia della mano";

Per lo svolgimento di detta attività sono richieste le seguenti capacità professionali: comprovata esperienza in attività di chirurgia della mano ed esecuzione ecografia muscolo-scheletrica diagnostica e interventistica.

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

N.B.: per quanto riguarda le particolari capacità professionali, il relativo possesso dovrà essere comprovato da autocertificazione ai sensi di legge, con indicazione delle Strutture e dei periodi in cui le capacità professionali sono state acquisite.





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 professionali richieste con un'apposita commissione tecnica aziendale (art. 18 c. 5 A.C.N. per la specialistica ambulatoriale vigente).

* * * * *

Possono concorrere **per l'incarico a tempo indeterminato** gli Specialisti individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 19 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 2018

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. 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 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 dei turni 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



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
