



**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

**COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
per la MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE VCO**

**PUBBLICAZIONE DEI TURNI VACANTI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE PRESSO L'I.N.A.I.L. DI GRAVELLONA TOCE E DOMODOSSOLA  
INCARICO A TEMPO INDETERMINATO**

**MARZO 2018**

Possono concorrere **per l'incarico a TEMPO INDETERMINATO** gli Specialisti individuati in base all'art. 19 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni.

Esperate inutilmente la procedura di cui sopra, l'I.N.A.I.L., ai sensi del comma 3 dell'art. 20 del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17/12/2015, può conferire **l'incarico a tempo determinato** ad uno specialista ambulatoriale dichiaratosi comunque disponibile ed in possesso dei requisiti previsti dall'Accordo sopraccitato per un periodo massimo di un anno e non rinnovabile.

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

Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale presso ASL VCO  
Via Mazzini 117 – Omegna – pec: [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it)

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

**ELENCO TURNI VACANTI BRANCA DI ORTOPEDIA c/o I.N.A.I.L. per un totale di 6 ORE**

- sede di GRAVELLONA TOCE : n. 3 ore settimanali

ORARIO: LUNEDI' 09.00 – 12.00

- sede di DOMODOSSOLA : n. 3 ore settimanali

ORARIO: MERCOLEDI' 09.00 – 12.00

**ELENCO TURNI VACANTI BRANCA DI CHIRURGIA c/o I.N.A.I.L. per un totale di 15 ore**

- sede di GRAVELLONA TOCE : n. 12 ore settimanali

ORARIO: LUNEDI'/MARTEDI'/MERCOLEDI'/VENERDI' 09.00 – 12.00

- sede di DOMODOSSOLA : n. 3 ore settimanali

ORARIO: GIOVEDI' 09.00. – 12.00

Si precisa che ai sensi dell'art. 18 – comma 4 – A.C.N. 17/12/2015 gli incarichi pubblicati non sono frazionabili in sede di assegnazione.

Omegna,

Il Presidente  
Dott. Antonino TRIMARCHI





**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 A.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 Giugno 2016, effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per l'incarico nella branca specialistica di \_\_\_\_\_ c/o I.N.A.I.L. di Gravellona Toce e Domodossola

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/INAIL.....di.....per n. ore settimanali.....  
presso l'ASL/INAIL.....di.....per n. ore settimanali.....  
presso l'ASL/INAIL.....di.....per n. ore settimanali.....
- con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
  - con rapporto di lavoro a tempo determinato
  - ovvero inserito nelle graduatorie degli aspiranti agli incarichi ambulatoriali dell'ambito zonale del V.C.O. per l'anno 2017.

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 \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_





**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 \_\_\_\_\_





**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

Allegato b)

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a .....(prov.....) il.....M\_\_F\_\_Codice Fiscale.....Comune di residenza.....(prov.....) Indirizzo ..... n ..... Cap ..... Telefono.....PEC.....email..... ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

### DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi ( in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);
10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);
13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;



- 14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
- 15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
- 16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata:  
( \_\_\_\_\_ ));
- 17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;
- 18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
- 19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_).

NOTE (3)

.....

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di

\_\_\_\_\_ con identificazione del dichiarante  
mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità
- (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.

