



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**

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**

DICEMBRE 2018

**n. 10 ore di DERMATOLOGIA
n. 10 ore di OCULISTICA**

Incarico a tempo determinato (art. 20 – ACN 17.12.2015) non frazionabile in sede di assegnazione e da espletarsi su diverse strutture sanitarie dell'ASL V.C.O. in orari e giorni vincolati alle necessità aziendali

Sono richieste le seguenti capacità professionali:

- DERMATOLOGIA: biopsie, piccoli interventi di chirurgia, dermatoscopia
- OCULISTICA: campimetria, oct, piccoli interventi di chirurgia

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 a protocollo@pec.aslvco.it 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 2019

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 541209

Omegna ,

IL PRESIDENTE
D.ssa Emma Maria ZELASCHI



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 degli incarichi di attività specialistica ambulatoriale dell'ASL VCO per il mese di Dicembre 2018, 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 2018

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 _____

