



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

---

**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@aslvc.it](mailto:dsanitaria@aslvc.it)

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

**MARZO 2021**

<b>n. 30 ore/sett. di OSTETRICIA/GINECOLOGIA</b>
--

Incarico a tempo indeterminato (art. 20 – ACN 25.06.20195) non frazionabile in sede di assegnazione e da espletarsi presso le sedi ambulatoriali dell'ASL V.C.O. in orari e giorni vincolati alle necessità aziendali che al momento attuale sono così definite:

- n. 7.30 ore settimanali presso il Consultorio di Verbania nella giornata di Lunedì
- n. 7.30 ore settimanali presso il Consultorio di Omegna nella giornata di Giovedì
- n. 7 ore settimanali presso il Consultorio di Domodossola nella giornata di Mercoledì
- n. 8 ore settimanali presso il poliambulatorio del P.O. di Verbania nella giornata di Venerdì

Si precisa che tale articolazione oraria potrà subire eventuali variazioni in seguito alle diverse necessità aziendali.

Per l'attribuzione dell'incarico è necessario che il candidato posseda le seguenti capacità professionali:

*- capacità di presa in carico delle gravidanze fisiologiche, addizionali e patologiche con comprovata competenza nell'effettuazione di esami ecografici in gravidanza con accreditamento per misurazione NT, importante anche per la datazione dello stato di gravidanza e per l'applicazione della legge 194/78*

*- comprovata competenza per eseguire diagnostica strumentale di 2° livello, quali ecografia morfologica, ecografia ostetrica del 1° e 3° trimestre, ecografia gravidanza patologica e comprovata competenza di gestione della patologia nella medicina materno-fetale*

*- capacità professionali nell'applicazione di IUD, di dispositivi contraccettivi sottocutanei e la prescrizione e/o somministrazione di contraccezione di emergenza*

Per l'assegnazione degli incarichi sopra indicati l'ASL VCO si riserva la possibilità di preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali richieste con un'apposita commissione tecnica aziendale (art. 20 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. 21 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

---

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](mailto: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 15 DEL MESE DI MARZO 2021**

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 541552/0324 491332



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

*(Modello dichiarazione di disponibilità)*

Raccomandata R.R. / pec

Data \_\_\_\_\_

Al Comitato Consultivo Zonale per la  
Medicina Specialistica Ambulatoriale  
c/o ASL VCO  
Via Mazzini 117  
28887 Omegna (Vb)

**OGGETTO:** DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI  
PUBBLICAZIONE DEL MESE DI **MARZO** ANNO **2021**

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

(specificare località, indirizzo) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

indirizzo PEC (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Specializzato in \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l' area professionale di:

- **MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA OSTETRICIA GINECOLOGIA**

#### DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

di essere abilitato / a all'esercizio professionale dalla Sessione \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

di essere iscritto / a all' Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di essere / non essere incluso / a nella graduatoria provinciale specialistica dell'ambito zonale provinciale del V.C.O.





**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

di essere in possesso della seguente specializzazione \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università \_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

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

oppure

di trovarsi in altra condizione (diversa dalle sopraindicate) che ai sensi dell'art. 21 comma 2 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.

Indirizzo presso cui desidera eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

**Gli aspiranti ai turni dovranno allegare alla domanda fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità.**

**Per i turni con capacità professionali specifiche allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, di cui si allega fac-simile.**

**La mancata presentazione del curriculum e della scheda riassuntiva delle competenze comporterà l'esclusione dalla partecipazione ai turni con capacità professionali.**



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

*(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**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_