



**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 DETERMINATO  
SETTEMBRE 2011**

Possono concorrere per l'incarico a **TEMPO DETERMINATO** gli Specialisti individuati in base all'art. 23 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni.

Esperate inutilmente la procedure di cui sopra, l'I.N.A.I.L., ai sensi del comma 11 dell'art. 23 del Nuovo Accordo Collettivo Nazionale, può conferire l'incarico a **tempo determinato** ad uno specialista ambulatoriale dichiaratosi comunque disponibile ed in possesso dei requisiti previsti dall'Accordo sopraccitato.

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

Comitato Consultivo Zonale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale presso ASL VCO  
Via Mazzini 117 – Omegna

**DAL GIORNO 1 AL GIORNO 10 DEL MESE DI OTTOBRE 2011**

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.



**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

## **INCARICO A TEMPO DETERMINATO**

**I.N.A.I.L. sede di GRAVELLONA TOCE n. 20 ore settimanali**

**Branca di MEDICINA LEGALE**

### **ORARIO:**

<b>MARTEDI'</b>	<b>08.30 – 13.30</b>
<b>MERCOLEDI'</b>	<b>08.30 – 13.30</b>
<b>GIOVEDI'</b>	<b>08.30 – 13.30</b>
<b>VENERDI'</b>	<b>08.30 – 13.30</b>

## **INCARICO A TEMPO DETERMINATO**

**I.N.A.I.L. sede di DOMODOSSOLA n. 10 ore settimanali**

**Branca di MEDICINA LEGALE**

### **ORARIO:**

<b>LUNEDI'</b>	<b>08.30 – 13.30</b>
<b>VENERDI'</b>	<b>08.30 – 13.30</b>



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbanò 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

*(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 Settembre 2011, effettuata da codesto Comitato, dichiara, con la presente, la propria disponibilità per l'incarico nella branca specialistica di Medicina Legale I.N.A.I.L. di \_\_\_\_\_

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.....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

ovvero inserito nelle graduatorie degli aspiranti agli incarichi ambulatoriali dell'ambito  
zonale di Novara-Verbania per l'anno 2011.

oppure

di trovarsi in altra condizione (diversa dalle sopraindicate) che ai sensi dell'art. 23 comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, costituisca titolo per concorrere al conferimento dei turni pubblicati. Specificare le condizioni:

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

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 \_\_\_\_\_



www.regione.piemonte.it/sanita



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

