



**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 [segreteria@aslvco.it](mailto:segreteria@aslvco.it)

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

**GIUGNO 2026**

**n. 38 ore di UROLOGIA**

**Incarico a tempo determinato (art. 22 – ACN 04.04.2024) della durata di mesi sei non frazionabile in sede di assegnazione e da espletarsi presso le sedi ambulatoriali dell'ASL V.C.O. e così suddivisi:**

**N. 38 ORE DI UROLOGIA** così suddivise:

- **n. 38 ore presso il Poliambulatorio del P.O. di Domodossola**
  - giorno Lunedì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30'
  - giorno Martedì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30'
  - giorno Mercoledì dalle ore 8.00 alle ore 16.30 con obbligo di pausa di 30'
  - giorno Giovedì dalle ore 08.00 alle ore 15.30 con obbligo di pausa di 30'
  - giorno Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 15.30 con obbligo di pausa di 30'

Possono concorrere **per l'incarico a tempo determinato** gli Specialisti individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 19 – comma 10 - 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](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 GIUGNO 2026**

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 491529





**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 **GIUGNO** ANNO **2026**

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:** \_\_\_\_\_

**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 6 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.**



**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**

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