



Ospedale
di Circolo

Fondazione
Macchi

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi
AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO



COMITATO CONSULTIVO ZONALE DELLA PROVINCIA DI VARESE
Presidente: Roberta Tagliasacchi

Varese, 9 MAR. 2015

Prot. n. 1001/2015 Comitato Zonale

Spett.le Direzione Generale
Azienda Ospedaliera di
Varese
Busto Arsizio (Va)
Gallarate (Va)
ASL della Provincia di Varese (Va)

Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Varese
Varese

Spett.le Direzione INAIL
Varese

Spett.le Segreteria Regionale SUMAI
Milano

Spett.le Segreteria Provinciale SUMAI
Varese

Spett.le Segreteria Regionale Cisi-Medici
Milano fax 02/6693512

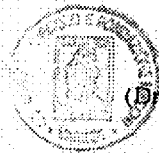
e.p.c., Spett.le Direzione Generale Salute
U.O. Programmazione e Governo dei Servizi
Sanitari
Struttura Medicina Convenzionata Territoriale,
Educazione Continua in Medicina, Professioni
Sanitarie
Piazza Città di Lombardia, 1 - 20124 Milano

Oggetto: Turno vacante A.O. Busto Arsizio - Affissione bando.

Ai sensi dell'art.22 dell'Accordo Collettivo Nazionale 23.03.2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti dei medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, i turni di attività specialistica ambulatoriale "vengono pubblicati da ciascuna azienda sull'Albo del Comitato zonale a cura dello stesso nei mesi di marzo, giugno, settembre e dicembre dal giorno 15 alla fine dello stesso mese" (da 15 a 31 marzo 2015).

Pertanto, si trasmette il bando del turno di attività specialistica ambulatoriale, da assegnare mediante stipulazione di contratto di lavoro secondo l'A.C.N. citato, per l'affissione.

Si ringrazia per la cortese attenzione e collaborazione.
Distinti saluti.



Il Presidente
(Dr.ssa Roberta Tagliasacchi)

Sistema Sanitario Regione
Lombardia

Azienda ospedaliera - Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Polo universitario
di rilievo nazionale e ad alta specializzazione - Regione Lombardia
www.ospedali.varese.net P.Iva e C.F. 00413270125 protocollo.varese@pec.ospedale.varese.it
Sede operativa Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi viale Borri 57 21100 Varese tel. 0332/393.333 fax 0332/393319
Comitato.consultivozonale@ospedale.varese.it



Ospedale
di Circolo
Fondazione
Macchi

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi
AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO



COMITATO CONSULTIVO ZONALE DELLA PROVINCIA DI VARESE
Presidente: Roberta Tagliasacchi

Destinatario	Indirizzo	Fax	mail
Direzione Generale A.O. Varese	v.le Borri 57 - 21100 Varese	0332/261701	dir.generale@ospedale.varese.it
Direzione Generale A.O. Ospedale di Circolo di Busto Arsizio	p.le prof. G.Solaro, 3 21052 <u>Busto Arsizio</u> (Va)	0331/699411	Direzione.generale@aobusto.it
Direzione Generale A.O. Ospedale S. Antonio Abate	Via Pastori, 4 21013 <u>Gallarate</u> (Va)	0331/751528	direttore.generale@aogallarate.it direzionegenerale@pec.aogallarate.it
Direzione Generale ASL della Provincia di Varese	Via O.Rossi, 9 21100 <u>Varese</u> (Va)	0332/277413	direzionegenerale@asl.varese.it
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese	Viale Milano, 27 21100 <u>Varese</u>	0332/235659	info@omceovarese.it omceovarese@legalmail.it
Direzione INAIL Varese, Per sedi Provincia di Varese	Viale Aguggiari, 6 21100 <u>Varese</u>	fax 0332/875462	varese@inail.it
Segreteria Regionale SUMAI	via dei Grimani, 11 20144 Milano	Tel. e Fax 02/475450	lombardia@sumaiweb.it (Segretario regionale Giuseppe Niefi)
Segreteria Provinciale SUMAI	Viale Cadorna I 21052 Busto Arsizio (Va)	Cell. Pers.	gcborroni@alice.it Giorgio.borroni@ospedale.varese.it
Segreteria Regionale Cisl-Medici	Via R.Lepetit, 18 20124 <u>Milano</u>	02/6693512	Cislmedici.lombardia@cisl.it
Direzione Gen. Salute UO Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari	Piazza Città di Lombardia, n.1 20124 <u>Milano</u>	02/3936062	persConvSSR@regione.lombardia.it

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

Azienda ospedaliera - Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Polo universitario
di rilievo nazionale e ad alta specializzazione - Regione Lombardia
www.ospedalinivarese.net P.Iva e C.F. 00413270125 protocollo.varese@pec.ospedale.varese.it
Sede operativa Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi viale Borri 57 - 21100 Varese tel. 0332.393.333 fax 0332. 393.319
Comitato.consultivozonale@ospedale.varese.it



Ospedale
di Circolo

Fondazione
Macchi

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi
AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO



COMITATO CONSULTIVO ZONALE DELLA PROVINCIA DI VARESE
Presidente: Roberta Tagliasacchi

PROTOCOLLO n. 999 /2015 Comitato Zonale - 9 MAR. 2015

ELENCO DI TURNO VACANTE, RELATIVO ALL'ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE, DA ASSEGNARE MEDIANTE STIPULAZIONE DI CONTRATTO DI LAVORO SECONDO LA DISCIPLINA DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 23.03.2005 INTEGRATO IL 29.07.2009 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI.

(Art.22 comma 2 ACN 29.7.2009) Gli specialisti ambulatoriali e i professionisti aspiranti ai turni disponibili, dal 1° al 10° giorno del mese successivo a quello della pubblicazione, devono comunicare con lettera raccomandata la propria disponibilità al Comitato Consultivo Zonale, A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, v.le Borri n.57 -21100 Varese (Pad.Centrale)

entro il
10 APRILE 2015

Si raccomanda l'utilizzo dello schema allegato, su carta libera, per la comunicazione della propria disponibilità.

Le domande di partecipazione all'avviso devono essere inoltrate entro il termine indicato, a mezzo Raccomandata A/R o mediante consegna diretta al Comitato sopraindicato. Il termine è perentorio e non si terrà conto delle domande, dei documenti e dei titoli presentati o pervenuti dopo la scadenza del termine stesso.

Eventuali requisiti professionali richiesti nel bando devono essere documentati o autocertificati, ai sensi ed agli effetti dell'art.47 del DPR 28.12.2000 n.445.

• A.O. di Busto Arsizio- branca di Cardiologia

Attribuzione incarico a tempo indeterminato per n. 21 ore settimanali di cui:

-n.11 ore per il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio

-n.10 ore per il Presidio ospedaliero di Saronno



Il Presidente
Dr.ssa Roberta Tagliasacchi

Sistema Sanitario Regione
Lombardia

Azienda ospedaliera - Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Polo universitario

di rilievo nazionale e ad alta specializzazione - Regione Lombardia

www.ospedativarese.net P.Iva e C.F. 00413270125 protocollo.varese@pec.ospedale.varese.it

Sede operativa Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Varese, viale Borri 57 - 21100 Varese tel. 0332.393333 fax 0332.393319

Raccomandata A.R.

Al Comitato Consultivo Zonale per la gestione
dell'Accordo per la Medicina Specialistica
Ambulatoriale di VARESE
C/o A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi
Padiglione Centrale
viale Borri 57- 21100 Varese

Oggetto: **TURNO VACANTE DI CARDIOLOGIA - A.O. Busto Arsizio- Scadenza 10 aprile 2015**

Il/La sottoscritto/a Dr
.....

Nato/a a il residente a

in via n.recapiti telefonici.....

indirizzo e-mail:

Con riferimento alla pubblicazione del turno vacante di attività specialistica ambulatoriale, comunica la propria disponibilità ad assumere l'incarico a tempo indeterminato per n. 21 ore settimanali nella branca di **CARDIOLOGIA**: n.11 ore c/o P.O. di Busto Arsizio e n.10 ore c/o P.O. di Saronno, secondo la disciplina dell'Accordo Collettivo Nazionale 29.07.2009 e, a tal fine,
dichiara ai sensi ed agli effetti dell'art.47 del DPR 28.12.2000 n.445:

- di possedere il diploma di laurea, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente in con voto/.....conseguito presso l'Università di in data

-di essere abilitato all'esercizio della professione di nella sessionepresso l'Università di

-di essere iscritto all'Albo professionalepresso l'Ordine provinciale/regionale di dal

-di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

• Inconseguita ilc/o Università dicon voto

• Inconseguita ilc/o Università dicon voto

-di avere/non avere subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi

-di essere/non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

-dichiara inoltre di essere nella seguente posizione:

a) avere / non avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale

b) svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato

c) di essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta

d) esercitare / non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'ACN

e) operare / non operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (in caso affermativo, indicare l'Azienda.....)

f) svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda.....)

g) essere / non essere 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.Lvo n.502/92 e s.m.i.

h) essere / non essere 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.Lvo n.502/92 e s.m.i.

i) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art.43 della legge n.833/78 e dell'art.8 ter del D.Lvo n.229/99

l) essere / non essere titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n.292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8 del D.Lvo n.502/92 e s.m.i.

m) percepire / non percepire indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa, indicare il tipo di attività svolta.....e la misura dell'indennità percepita.....)

• di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN per la medicina specialistica ambulatoriale e altre professionalità come segue:

➤ nella branca di _____ per n.ro _____ ore/sett

presso _____

• di essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato ai sensi dell'ACN per la medicina specialistica ambulatoriale e altre professionalità come segue:

➤ nella branca di _____ per n.ro _____ ore/sett

presso _____

• di avere svolto in precedenza la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato ai sensi dell'ACN per la medicina specialistica ambulatoriale e altre professionalità come segue:

➤ nella branca di _____ per n.ro _____ ore/sett dal _____

al _____ presso _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, come richiamato dal D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lvo 30.6.2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

_____ (data)

_____ (firma)