



Carlo Poma



Regione
Lombardia

ASST Mantova

COMITATO ZONALE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI MANTOVA-CREMONA-CREMA
presso Azienda Ospedaliera ASST DI MANTOVA
Via Lago Païolo, 10 - 46100 Mantova

OGGETTO: Pubblicazione dei turni vacanti di servizi specialistici ambulatoriali.

1° trimestre 2019

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali siglato in data 17/12/2015, si provvede in data odierna alla pubblicazione dell'elenco dei turni vacanti di servizi specialistici ambulatoriali quali risultano dalle segnalazioni dell'Azienda Ospedaliera di Mantova, Crema, Cremona e dell' I.N.A.I.L. della provincia di Mantova e di Cremona .

Gli specialisti ambulatoriali aspiranti ad incarichi di cui alla relativa graduatoria di branca, gli specialisti titolari di incarico a tempo determinato o indeterminato, od i medici generici in servizio al 17/12/2015 ed in possesso della relativa specializzazione, che siano interessati alla copertura dei turni vacanti, dovranno, **entro e non oltre il 10 Aprile 2019, con lettera raccomandata**, comunicare la loro disponibilità a questo Comitato Zonale **utilizzando il modulo sottostante e allegando fotocopia di carta di identità**.

Il Comitato Zonale, in base all'ordine di graduatoria, indicherà (tramite telegramma o e-mail o lettera raccomandata con A.R.) l'avente diritto al conferimento dell'incarico; i turni verranno assegnati secondo le priorità di cui all' art. 19 del nuovo A.C.N.

Copia del presente atto, che viene affisso all'Albo di questo Comitato ove resterà almeno fino al 31 Marzo 2019, viene inviata ai Sindacati firmatari dell'Accordo di cui in premessa, perché lo tengano in visione per gli interessati presso le proprie sedi, non che' all'Azienda Ospedaliera ASST di Mantova e all' I.N.A.I.L. della provincia di Mantova -Cremona.

Le Aziende si riservano, per mutate esigenze assistenziali od organizzative, di non procedere all'attribuzione degli incarichi.

ELENCO DEI TURNI VACANTI - 1° TRIMESTRE 2019 - MANTOVA

SEDE	BRANCA	ORE SETTIMANALI	NOTE
ASST DI MANTOVA	CARDIOLOGIA	8 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA C/O SIMT P.O. "C. POMA" MANTOVA	EMATOLOGIA	38 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	AREA INTERNISTICA	38 ORE	Incarico a Tempo Determinato per assegnazione U.O. Cure Subacute di Bozzolo

ELENCO DEI TURNI VACANTI - 1° TRIMESTRE 2019 – CREMONA CREMA

SEDE	BRANCA	ORE SETTIMANALI	NOTE
ASST CREMONA (Presidio Ospedaliero Cremona)	ODONTOIATRIA	10 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato Visite e trattamenti ortodontici, preferibile la specializzazione e/o master in ortodonzia
ASST CREMONA (Presidio Ospedaliero Cremona)	ODONTOIATRIA	4 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato Visite e trattamenti di odontoiatria conservativa. Almeno due ore dovranno essere effettuate presso la Casa Circondariale di Cremona
ASST CREMONA (Presidio Ospedaliero Oglio Po)	PNEUMOLOGIA	10 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato Visite ambulatoriali
ASST CREMONA (Presidio Ospedaliero Oglio Po)	ORL	10 ORE	Incarico a tempo Indeterminato Visite ambulatoriali e consulenze di Reparto e Pronto Soccorso
INAIL SEDE DI MANTOVA	ORTOPEDIA	20 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato distribuito su 5 gg. alla settimana (8.30/12.30)
CENTRO MEDICO LEGALE INAIL SEDE DI CREMONA	ORTOPEDIA	12 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato ripartito su due gg.

**II PRESIDENTE
DEL COMITATO ZONALE
(Dott.ssa Anna Maria Nigrelli)**



AL COMITATO ZONALE DI MANTOVA-CREMONA.

Il sottoscritto _____

nato a _____ (prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza. _____ (prov. _____) CAP _____

Indirizzo _____

Telefono _____ e-mail _____

**da la propria disponibilità per la copertura del turno vacante nella branca
specialistica di _____ pubblicazione 1°trimestre 2019**

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D. L.vo n.502/92 e successive modificazioni

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione: autocertificazione informativa
Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso la propria residenza

Data _____

Firma per esteso.....

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto _____

nato a _____ (prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza. _____ (prov. _____)

Indirizzo _____

DICHIARA

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

	data	punteggio
di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia		
di essere in possesso della specializzazione in		
di essere in possesso della specializzazione in		
di essere in possesso della specializzazione in		

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella stessa branca specialistica di cui è pubblicato il turno vacante nella regione _____ dal _____

Di essere titolare di incarico a tempo determinato nella stessa branca specialistica di cui è pubblicato il turno vacante dal Nella regione _____ dal _____

Di essere/non essere iscritto alle graduatorie per il conferimento di incarichi di medicina specialistica convenzionata presso il comitato zonale di Mantova-Cremona

Data Firma per esteso.....