



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

**OGGETTO: Pubblicazione dei turni vacanti di servizi specialistici ambulatoriali.**

**3° 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 Ottobre 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 30 Settembre 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 - 3° TRIMESTRE 2019 – ASST DI MANTOVA-CREMONA-CREMA**

SEDE	BRANCA	ORE SETTIMANALI	NOTE
ASST DI MANTOVA	NEUROLOGIA	16 ORE	Incarico a Tempo Determinato
ASST MANTOVA	NEUROLOGIA	16 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	NEUROLOGIA	38 ORE	Incarico a Tempo Determinato
ASST DI MANTOVA	NEUROLOGIA	38 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	FISIATRIA	20 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	OCULISTICA	38 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	OCULISTICA	30 ORE	Incarico a Tempo Determinato
ASST DI MANTOVA	DERMATOLOGIA	30 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	DERMATOLOGIA	24 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato

ASST DI MANTOVA	DERMATOLOGIA	30 ORE	Incarico a Tempo Determinato
P.O. DI ASOLA	ORTOPEDIA	8 ORE	Incarico a Tempo Determinato
P.O. DI PIEVE	ORTOPEDIA	8 ORE	Incarico a Tempo Determinato
ASST DI MANTOVA	CARDIOLOGIA	20 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	CARDIOLOGIA	20 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	GENETICA MEDICA	15 ORE	Incarico a Tempo Determinato
ASST DI MANTOVA	ENDOCRINOLOGIA- DIABETOLOGIA	10 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	ENDOCRINOLOGIA- DIABETOLOGIA	10 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST DI MANTOVA	PNEUMOLOGIA	10 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato
ASST MANTOVA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	38 ORE	Incarico a Tempo Indeterminato

**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 \_\_\_\_\_ pubblicato il 15 SETTEMBRE 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 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.....

---