

**COMITATO ZONALE  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI MANTOVA-CREMONA-CREMA**

presso Azienda Ospedaliera ASST DI MANTOVA  
Via Lago Païolo, 10 - 46100 Mantova

Mantova lì, 15 Dicembre 2019

P.G.

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

**4° 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 GENNAIO 2020, 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 Dicembre 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 - 4° TRIMESTRE 2019 – ASST DI MANTOVA-CREMONA-CREMA**

BRANCA SPECIALSITICA	SEDE	ORE	TEMPO INDETERMINATO O DETERMINATO	NOTE
CARDIOLOGIA	Presidio Ospedaliero di Mn	33 (indivisibili)	INDETERMINATO	Comprovata esperienza in erogazione di prestazioni di 1°livello (visite+ECG) e di

				2° livello (ecocardiografia, test da sforzo, lettura Holter). Comprovata esperienza in ambito di gestione dell'emergenza-urgenza –Pronto Soccorso
CARDIOLOGIA	Poliambulatori di Goito- PreSST	5 ore (indivisibili)		Comprovata esperienza in erogazione di prestazioni di 1°livello (visite+ECG) e di 2° livello (ecocardiografia, test da sforzo, lettura Holter).
CARDIOLOGIA	Stabilimento di Bozzolo –ASST di MN	16 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	Comprovata esperienza in erogazione di prestazioni di 1°livello (visite+ECG) e di 2° livello (ecocardiografia, test da sforzo, lettura Holter).
DERMATOLOGIA	Poliambulatori di Goito –ASST di MN	10 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
DERMATOLOGIA	Poliambulatori di Viadana – ASST di MN	10 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
DERMATOLOGIA	Stabilimento di Bozzolo- ASST di MN	10 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
FISIATRIA	Poliambulatori Via Trento – ASST MN	10 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
FISIATRIA	Poliambulatori di GOITO –ASST MN	10 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
FISIATRIA	P.O. di ASOLA – ASST MN	8 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
FISIATRIA	Poliambulatori di Viadana –ASST MN	10 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
OFTALMOLOGIA	P.O. di ASOLA – ASST MN	15 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
OFTALMOLOGIA	Poliambulatori di Goito –ASST MN	5 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
OFTALMOLOGIA	Poliambulatori di	5 (indivisibili)	TEMPO	

	Viadana –ASST MN		INDETERMINATO	
NEUROLOGIA	Stabilimento di Bozzolo –ASST MN	8 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
NEUROLOGIA	Poliambulatori di Goito	5 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
NEUROLOGIA	Poliambulatori via Trento-ASST MN	15 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
NEUROLOGIA	P.O. Pieve di Coriano ASST MN	10 (indivisibili)	TEMPO INDETERMINATO	
PNEUMOLOGIA	ASST di Cremona Presidio Ospedaliero Oglio Po	10 ore	TEMPO INDETERMINATO	Visite Ambulatoriali
FISIATRIA	ASST di Cremona P.O. Oglio Po	20 ore	TEMPO DETERMINATO	<p><b>1.Presidio Ospedaliero Oglio Po:</b> impostazione di protocolli di riattivazione neuromotoria e osteoarticolare in pazienti anziani polipatologici ricoverati e stesura dei progetti riabilitativi individuali per pazienti in dimissione protetta con relativa prescrizione dei trattamenti.</p> <p><b>2. U.O. Neuropsichiatria Infantile Aziendale:</b> definizione dei progetti riabilitativi in collaborazione con neuropsichiatria e fisioterapista, valutazioni dei pazienti in termini di autonomia</p>

				valutazione neuromotoriacognitiva e verbale in contesto riabilitativo e/o domiciliare, monitoraggio e consulenze in merito ai Presidi in uso nelle famiglie prese in carico, collaborazione con le UU. OO. Dell'ASST nell'ambito della presa in carico della disabilità, prescrizione di ausili ortesi e tecnologie evolute.
--	--	--	--	--

**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 DICEMBRE 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.....

---