

COMITATO ZONALE di MILANO

ex. art. 13 Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali. D.P.R. 22-10-1981e s.m.i.

Prot. n. 134

14 MAR. 2011
20122 Milano, li
C.so Italia, 19 - 02/8578.2345

ELENCO TURNI di MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI presso l'ASL di MILANO, le AZIENDE OSPEDALIERE e le SEDI I.N.A.I.L. CITTADINE

PUBBLICAZIONE e ATTRIBUZIONE TURNI regolate dagli Artt. n.n. 22 e 23 Accordo Collettivo Nazionale 08/07/2010 - per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

I TRIMESTRE 2011
(GENNAIO, FEBBRAIO, MARZO)

"TERMINE ULTIMO PER L'INOLTRO DELLE "COMUNICAZIONI DI DISPONIBILITA"

11 APRILE 2011

IL SEGRETARIO
(dott. Vincenza MANDARANO)



IL PRESIDENTE
(dr Pierngiorgio SPAGGIARI)

N.B.: per la compilazione della "prelazione" si consiglia di utilizzare la formula riportata nel modello d'interesse allegato in fac simile. La domanda va corredata di fotocopia del documento di identità.

I TRIMESTRE 2011

Publicazione Turni Vacanti di Medicina Specialistica Ambulatoriale
15 – 30 MARZO 2011

CARDIOLOGIA**Azienda Ospedaliera “Istituti Clinici di Perfezionamento”**

Poliambulatorio di ore settimanali: **4**
 Via Livigno, 2/A orario: MA. 8,30 / 12,30

Poliambulatorio di ore settimanali: **8**
 Via Fantoli, 7 orario: LU. e MA. 13,30 / 16,30 ME. 13,30 / 15,30

Poliambulatorio di ore settimanali: **8**
 Via Ripamonti, 20 orario: LU. 8,30 / 13,00 – 13,30 / 17,00

CHIRURGIA VASCOLARE**Azienda Ospedaliera “Istituti Clinici di Perfezionamento”**

Poliambulatorio di ore settimanali: **4 (Ecografia vascolare)**
 Via Rugabella, 4/6 orario: GIO. 8,30 / 12,30

Poliambulatorio di Cologno Monzese ore settimanali: **4 (Ecodoppler vascolare)**
 Via Boccaccio, 17 orario: MA. 13,30 / 17,30

NEUROLOGIA**Azienda Ospedaliera “Istituti Clinici di Perfezionamento”**

P.O. di Sesto San Giovanni ore settimanali: **10 (per esecuzione di elettromiografie e potenziali evocati)**
 Via Matteotti, 83 orario: LU. e MA. 8,30 / 13,30

OCULISTICA**Azienda Ospedaliera “Istituti Clinici di Perfezionamento”**

Poliambulatorio di ore settimanali: **2 (attività di refertazione campo visivo)**
 Via Livigno, 2/A orario: LU. 12,00/14,00

Poliambulatorio di ore settimanali: **4**
 Via Quarenghi, 21 orario: LU. 8,30 / 12,30

Poliambulatorio di ore settimanali: **8**
 Via Puecher, 7/9 orario: MA. 8,30 / 13,00 – 13,30 / 17,00

P.O. “H. Bassini” ore settimanali: **10 (parte dell’attività da dedicare all’oftalmologia pediatrica)**
 Via Gorki, 50 - Cinisello Balsamo orario: LU. 8,30 / 12,30 – 13,30 / 16,30 VE. 8,30 / 11,30

Pubblicazione turni vacanti I trimestre 2011 – Comitato Zonale di Milano -

OSTETRICA GINECOLOGIA

Azienda Ospedaliera “Istituti Clinici di Perfezionamento”

Poliambulatorio di
Via Rugabella, 4/6

ore settimanali: **4 (Ecografia ginecologica)**
orario: MA. 8,30 / 12,30

Poliambulatorio di
Via Doria, 52

ore settimanali: **8,30 (Ecografia ostetrico – ginecologica)**
orario: MA. 13,30 / 17,30 GIO. 8,30 / 13,00

Poliambulatorio di
Via Fantoli, 7

ore settimanali: **8 (Ecografia ginecologica)**
orario: LU. 8,30 / 13,00 GIO. 13,30 / 17,00

Poliambulatorio di
Via Fantoli, 7

ore settimanali: **8**
orario: VE. 8 / 13 - 13,30 / 16,30

P.O. “V. Buzzi”

ore settimanali: **20 (*)**

Via Castelvetro, 32

orario: LU. e VE. 8,30 / 13,00 – 13,30 / 16,00 MA. e GIO. 13,30 / 16,30

[(*) *le/gli specialiste/i interessate/i devono “aver maturato particolare esperienza pluriennale opportunamente documentata nella diagnosi e cura delle patologie vulvari e delle sindromi dolorose vulvari croniche – vulvodinia – come pure nella diagnosi colposcopica e vulvoskopica delle lesioni preneoplastiche del tratto genitale inferiore”*]

RADIOLOGIA

Azienda Ospedaliera “Istituti Clinici di Perfezionamento”

Poliambulatorio di
Via Stromboli, 19

ore settimanali: **3 (esperienza documentata in Ecografia mammaria ed ecografia)**
orario: MA. 13,30 / 15,30 ME. 13,30 / 14,30

Poliambulatorio di
Via Stromboli, 19

ore settimanali: **2,30 (esperienza documentata in Ecografia mammaria)**
orario: VE. 13,30 / 16,00

SCIENZA dell’ALIMENTAZIONE e DIETOLOGIA

Azienda Ospedaliera “Istituti Clinici di Perfezionamento”

Poliambulatorio di
Via Gola, 22

ore settimanali: **8**
orario: VE. 8,30 / 13 - 13,30 / 17,00

Allegare fotocopia del documento d'identità

Domanda riservata a specialisti titolari di rapporto a tempo indeterminato

RACCOMANDATA A.R.

AI COMITATO ZONALE di MILANO
C.so Italia, 19
20122 MILANO

.....l...sottoscritt..... (tel.:)
(indirizzo:

in relazione alle pubblicazioni dei turni di medicina specialistica ambulatoriale effettuate da codesto Comitato Zonale, relativi al ___° trimestre 2011 per la branca di
dichiara la propria disponibilità per un ampliamento di incarico e/o trasferimento secondo il seguente ordine di preferenza:

A -

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....

B - segnalare espressamente quanti e quali turni s'intendono acquisire:

.....
.....
.....

A tale fine dichiara di essere già titolare di incarico dal presso per ore settimanali n. e di essere disponibile a assumere n. nuove ore, nonché di impegnarsi a rimuovere eventuali sovrapposizioni di orario.

Qualora, a seguito della nuova individuazione, il monte orario settimanale dovesse superare il tetto massimo consentito,l... sottoscritt.....dichiara di rinunciare a.... sequent....incaric.....

.....

Dichiara altresì di AVERE/NON AVERE presentato domanda presso altri Comitati. *****

Data,

Firma:

***** annullare la voce che non interessa.

Allegare fotocopia del documento d'identità

Domanda riservata a specialisti titolari di rapporto a tempo determinato art. 23 comma 1 lett h) e comma 10 A.C.N. 29/07/09, e s.m.i.

RACCOMANDATA A.R.

AI COMITATO ZONALE di MILANO
C.so Italia n. 19 20122 MILANO

__l__ sottoscritt __ dr _____ nat __ il _____

residente a _____ in _____

n. tel.: _____, con in atto un rapporto a tempo determinato, inserit__ nella graduatoria valevole per l'anno 201__, branca _____, vista la pubblicazione dei turni di medicina specialistica ambulatoriale vacanti nel __° trimestre 2011, dichiara la propria disponibilità ad incrementare l'orario d'incarico – e/o, in base alle norme vigenti, a trasferire la propria attività, secondo il seguente ordine di preferenza:

1) Azienda _____ ambulatorio _____ n° ore _____
2) Azienda _____ ambulatorio _____ n° ore _____
3) Azienda _____ ambulatorio _____ n° ore _____

A tal fine dichiara di svolgere le sotto indicate attività :

- titolare di rapporto di convenzione con il S.S.N. o altre istituzioni pubbliche: medicina generale, pediatria di base, specialistica ambulatoriale di cui agli A.C.N. approvati nel marzo 2005 SI - NO

- rapporto di lavoro dipendente intrattenuto con un datore di lavoro pubblico o privato SI - NO

- rapporto di accreditamento con il S.S.N. SI - NO

- incarico di direttore sanitario o di responsabile di branca presso una struttura accreditata con il S.S.N. e soggetta ad autorizzazione sanitaria SI - NO

Di avere in atto incaric __ da art. 23, comma 10 ACN 29/07/09 e s.m.i. – già Protocollo Aggiuntivo D.P.R. 271/2000- come di seguito specificato:

n. __ ore, durata dal _____ al _____, Azienda _____ ambul. _____

n. __ ore, durata dal _____ al _____, Azienda _____ ambul. _____

in caso di superamento delle 38 ore settimanali consentite dichiara di rinunciare a _____.

Dichiara altresì di avere/non avere presentato domanda presso altri Comitati ****

Data, _____

Firma _____

N.B. rimangono ferme le incompatibilità di cui all'art. 48, n. 6, della Legge n. 833/78 e dell'art. 4, comma 7, della Legge n. 412/91.

**** annullare la voce che non interessa.

Allegare fotocopia del documento d'identità

Domanda riservata a specialisti inseriti nella Graduatoria annuale del Comitato di Milano

RACCOMANDATA A.R.

AI COMITATO ZONALE di MILANO
C.so Italia n. 19 20122 MILANO

__l__ sottoscritt __ dr _____ nat __ il _____

residente a _____ in _____

n. tel.: _____, inserit__ nella graduatoria valevole per l'anno 201__ nella branca di _____ in relazione alla pubblicazione dei turni di medicina specialistica ambulatoriale vacanti nel __ trimestre 2011, dichiara la propria disponibilità a ricoprire incarichi a tempo determinato di durata annuale per un massimo di n. 38 ore settimanali – ai sensi dell'A.C.N. 29/07/2009, art. 23 integrato da ACN 08/07/2010 - secondo il seguente ordine di preferenza:

1) Azienda _____ ambulatorio _____ n° ore _____
2) Azienda _____ ambulatorio _____ n° ore _____
3) Azienda _____ ambulatorio _____ n° ore _____

A tal fine dichiara di **svolgere** le sottoindicate attività :

- titolare di rapporto di convenzione con il S.S.N. o altre istituzioni pubbliche: medicina generale, pediatria di base, specialistica ambulatoriale di cui agli A.C.N. approvati nel marzo 2005 **SI - NO**

- rapporto di lavoro dipendente intrattenuto con un datore di lavoro pubblico o privato **SI - NO**

- rapporto di accreditamento con il S.S.N. **SI - NO**

- incarico di direttore sanitario o di responsabile di branca presso una struttura accreditata con il S.S.N. e soggetta ad autorizzazione sanitaria **SI - NO**

Dichiara altresì di **avere/non avere** presentato domanda presso altri Comitati ********

Data, _____

Firma _____

N.B. rimangono ferme le incompatibilità di cui all'art. 48, n. 6, della Legge n. 833/78 e dell'art. 4, comma 7, della Legge n. 412/91. ******** annullare la voce che non interessa..

Publicazione del _____ Trimestre _____ Comitato Zonale di Milano
Allegato n. _____

Branca specialistica _____ o area professionale _____

Cognome _____ Nome _____

Requisito 1 ◇ _____

Conoscenze * _____

Competenze^{oo} _____

Requisito 2 ◇ _____

Conoscenze * _____

Competenze^{oo} _____

◇ descrizione requisito

* indicare la formazione relativa al requisito specifico

^{oo} indicare la comprovata esperienza relativa al requisito specifico

Traccia per la compilazione della scheda di segnalazione attività e capacità professionali possedute da presentare, con il curriculum vitae, in allegato alle dichiarazioni di disponibilità di quei turni vacanti rivolti agli specialisti che possiedono i requisiti segnalati nel bando di pubblicazione.