

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

.....I...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, .....I... 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<sup>oo</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Requisito 2 ◇ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conoscenze \* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Competenze<sup>oo</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

◇ descrizione requisito

\* indicare la formazione relativa al requisito specifico

<sup>oo</sup> 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.**