



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Mantova

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

presso ASST DI MANTOVA  
Strada Lago Paiolo, 10 - 46100 Mantova

Prot. 44001 del 31/08/2021

**OGGETTO:** Pubblicazione degli incarichi specialistici ambulatoriali.

**3° trimestre 2021**

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali siglato in data 31/03/2020, come deliberato con decreto n. 1063 del 27/08/2021, si provvede in data odierna alla pubblicazione dell'elenco degli incarichi specialistici ambulatoriali, quali risultano dalle segnalazioni dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova.

Ai sensi dell'art. 21 comma 1 A.C.N. 31/03/2020, gli specialisti ambulatoriali aspiranti agli incarichi oggetto di pubblicazione ed in possesso della relativa specializzazione dovranno, **entro e non oltre il 15 settembre 2021, esclusivamente con posta elettronica certificata** al seguente indirizzo [protocollogenerale@pec.asst-mantova.it](mailto:protocollogenerale@pec.asst-mantova.it), comunicare la loro disponibilità a questo Comitato Zonale **utilizzando il modulo sottostante (carta libera) e allegando fotocopia di carta di identità.**

Il Comitato Zonale, in base all'ordine di graduatoria, richiederà tramite PEC agli aventi diritto l'accettazione al conferimento dell'incarico; i turni verranno assegnati secondo le priorità di cui all' art. 21 del nuovo A.C.N.

Copia del presente atto, che viene affisso sul sito istituzionale di questa Azienda ove resterà almeno fino al 15 settembre 2021, viene inviata ai Sindacati firmatari dell'Accordo di cui in premessa, perché lo tengano in visione per gli interessati presso le proprie sedi.

**ELENCO DEI TURNI VACANTI – 3° TRIMESTRE 2021  
ASST DI MANTOVA-CREMONA-CREMA**

<b>BRANCA SPECIALISTICA</b>	<b>SEDE</b>	<b>ORE</b>	<b>TEMPO INDETERMINATO O DETERMINATO</b>	<b>NOTE</b>
NEUROLOGIA	Mantova	38 ore	TEMPO INDETERMINATO	
OCULISTICA	Asola	15 ore	TEMPO INDETERMINATO	
OCULISTICA	Pieve di Coriano	20 ore	TEMPO INDETERMINATO	
OCULISTICA	Goito	10 ore	TEMPO INDETERMINATO	
DIABETOLOGIA/ ENDOCRINOLOGIA	Pieve di Coriano	30 ore	TEMPO INDETERMINATO	
PNEUMOLOGIA	Mantova – Via Trento	38 ore	TEMPO INDETERMINATO	
REUMATOLOGIA	Mantova	15 ore	TEMPO DETERMINATO (6 mesi)	

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

Al Comitato Zonale di Mantova e Cremona  
Strada Lago Paiolo, 10  
46100 - Mantova  
Via PEC: [protocollogenerale@pec.asst-mantova.it](mailto:protocollogenerale@pec.asst-mantova.it)

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445  
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

(specificare località, indirizzo) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

indirizzo PEC (obbligatorio) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l' area professionale di:

- BIOLOGIA       CHIMICA       PSICOLOGIA       PSICOTERAPIA  
 MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA \_\_\_\_\_  
 VETERINARIA:       AREA A       AREA B       AREA C

e in modo specifico, per le seguenti ore:

\_\_\_\_\_

### DICHIARA

	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		

### DICHIARA INOLTRE DI ESSERE

- titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. **a tempo indeterminato** ai sensi dell'A.C.N. 31.03.2020, art. 21, comma 2 con decorrenza incarico dal \_\_\_\_\_
  - lett. a) (titolare che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo nell'ambito in cui è pubblicato il turno) per n. h. sett.li \_\_\_\_\_ c/o Azienda/e \_\_\_\_\_

- lett. b) (titolare che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante nell'ambito della stessa regione o regione confinante) per n. h. sett.li \_\_\_\_\_ c/o Azienda/e \_\_\_\_\_
- lett. c) (titolare in ambito zonale di Regione non confinante o presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità nell'ambito di regione non confinante) per n. h. sett.li \_\_\_\_\_ c/o Azienda/e \_\_\_\_\_
- lett. e) (titolare che chiede il passaggio in altra branca) per n. h. sett.li \_\_\_\_\_ c/o Azienda/e \_\_\_\_\_
- lett. f) (titolare nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1 per n. h. sett.li \_\_\_\_\_ c/o Azienda/e \_\_\_\_\_)
- lett. g) (titolare c/o Ministero della Difesa) per n. h. sett.li \_\_\_\_\_
2.  lett. h) (medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'A.C.N. in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso - posizione in graduatoria n ° \_\_\_\_\_)
3.  lett.i) (specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 c. 4 ACN 31/03/2020)
4.  lett.j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico. (specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) \_\_\_\_\_

**Inoltre dichiara di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico.**

\_\_\_\_\_  
(località)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)