

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO RISERVATO AI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO L'AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 30, CO 6 E 20, CO 1 E 2 ACN 31/03/2021.

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest pubblica il presente avviso per il conferimento delle seguenti ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ai sensi di quanto previsto dagli artt. 30, co. 6 e. 20, co 1 e 2 ACN/2021:

TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO

Brancha Specialistica/ Area professionale	Ambito Territoriale	Codice da riport are in oggett o nella doman da	Orario settimanale	Sede di servizio	Con accertamento di particolari capacità professionali
Allergologia	Massa Carrara	CZ01	30 ore settimanali	UOSD Reumatologia 15 ore Lunigiana 15 ore Apuane	Specializzazione in Immunologia Clinica o Allergologia (previsione di reperibilità e turni notturni e festivi in Zona Lunigiana, Pontremoli, Aulla e consulenze Fivizzano)
Biologia	Livorno	CZ67	38 ore settimanali	Laboratorio Analisi Portoferraio Servizio H24, 7giorni/7	Richiesta specializzazione in Patologia Clinica
Chirurgia Generale	Livorno	CZ09	38 ore settimanali	UOC Chirurgia Oncologica Livorno	Competenze chirurgiche di tecniche di oncoplastica di I e II livello, di tecniche ricostruttive con impianti (tecnica prepettoriale) dimostrabili con casistica operatoria, autonomia nella localizzazione ecografica delle lesioni mammarie non palpabili
Chirurgia Plastica	Aziendale	CZ12	13 ore settimanali	Dipartimento Chirurgico	
Dermatologia	Massa Carrara	CZ15	38 ore settimanali	UO Dermatologia Massa Carrara	Prevista attività anche ospedaliera con turni festivi e notturni
Farmacologia e Tossicologia Clinica o Psichiatria	Pisa	CZ19	38 ore settimanali	Ser.D Valdera	
Geriatria	Versilia	CZ25	38 ore settimanali	UF Cure palliative	Richieste competenze nella presa in carico dei bisogni clinici, psicologici, immateriali del paziente in cure palliative Prevista attività domiciliare, ambulatoriale e ospedaliera
Geriatria	Livorno	CZ25	12 ore settimanali	Zona Elba giovedì 12:00-19:00 venerdì 8:00-13:00	
Igiene e medicina Preventiva	Massa Carrara	CZ27	20 ore settimanali	UF Igiene Pubblica e Nutrizione	Richiesta specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Nefrologia	Lucca	CZ38	38 ore settimanali	UO Nefrologia Presidio Ospedaliero San Luca e Barga	Il turno prevede lo svolgimento di attività di consulenza a reparti ospedalieri e P.S.
Neurologia	Livorno	CZ42	14 ore settimanali	UO Neurologia Livorno	
Odontoiatria	Livorno	CZ46	19 ore settimanali	Elba lunedì martedì giovedì 8:00-14:20	Prevista attività sia protesica che conservativa
Odontoiatria	Livorno	CZ46	8 ore settimanali	Elba carcere Porto Azzurro lunedì e venerdì 8:00-12:00	Attività conservativa
Odontoiatria	Pisa	CZ46	5 ore settimanali	Alta Val di Cecina Larderello e Ponteginori mercoledì 8:00-13:00	Prevista attività sia protesica che conservativa
Odontoiatria	Lucca	CZ46	3 ore settimanali	Valle del Serchio giovedì 9:00-12:00	Attività conservativa
Odontoiatria	Pisa	CZ46	3 ore settimanali	Valdera martedì 8:30-11:30	
Oculistica	Massa Carrara	CZ45	18 ore settimanali	UO Oculistica Apuane	
Ostetricia e ginecologia	Livorno	CZ50	29 ore settimanali	Zone Livornese e Valli Etrusche – UF Consultorio	
Ostetricia e ginecologia	Livorno	CZ50	15 ore settimanali	UF Consultorio Livorno	
Ostetricia e Ginecologia	Pisa	CZ50	26 ore settimanali	7 ore per UF Consultorio Alta Val di Cecina 19 ore UF Consultorio Valdera	
Ostetricia e Ginecologia	Lucca	CZ50	5 ore settimanali	UF Consultorio Piana di Lucca	
Ostetricia e Ginecologia	Massa Carrara	CZ50	5 ore settimanali	UF Consultoriale Apuane	
Ostetricia e Ginecologia	Massa Carrara	CZ50	38 ore settimanali	UF Consultoriale Lunigiana	
Psicologia	Livorno	CZ69	8 ore settimanali	UF Cure Primarie Elba martedì (o venerdì) 9:00-17:00	
Psicologia	Pisa	CZ69	12 ore settimanali	UF Attività Consultoriali Pisa	Richiesto titolo di Mediatore Familiare Richiesta esperienza nella valutazione delle capacità genitoriali
Psicologia	Livorno	CZ69	12 ore settimanali	UF Attività Consultoriali Livorno giovedì 8:30-12:30/15:00-19:00 venerdì 15:00-19:00	

Possono partecipare esclusivamente gli specialisti ambulatoriali, titolari presso l'Azienda Usl Toscana Nordovest di incarico a tempo indeterminato nelle branche indicate. Alla mobilità verso le zone sopra indicate con turni vacanti possono accedere coloro che abbiano presentato domanda di mobilità nel mese di gennaio del corrente anno. Al completamento orario, ex art. 20, co. 1 possono accedere esclusivamente gli specialisti/professionisti ambulatoriali con immediata capienza di orario (non massimalisti). Nel caso in cui per il turno vacante sia richiesto il possesso di specifiche capacità professionali, si potrà procedere al completamento orario esclusivamente per gli specialisti/professionisti ambulatoriali, che avendo già precedentemente superato, in Azienda, una procedura selettiva per l'accertamento delle medesime specifiche capacità professionali, abbiano necessità di incrementare il proprio monte orario.

Gli altri candidati interessati potranno partecipare alla procedura selettiva da effettuarsi a seguito di ordinaria pubblicazione.

Si ricorda che i turni vacanti di cui sopra, saranno assegnati nell'ambito delle disponibilità pervenute secondo i seguenti criteri:

- per la mobilità secondo la maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato;
- per il completamento orario con priorità a coloro che esercitano la propria attività professionale nell'ambito territoriale (provinciale) in cui è segnalata la carenza e secondo i seguenti criteri: maggiore anzianità di incarico, in subordine maggior numero di ore in incarico possedute, anzianità di specializzazione, minore età.

Si ricorda che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 20, co.1 e 2 dell'ACN/2020, allo specialista che rinunci al completamento, se assegnato allo stesso ambito provinciale presso il quale risultino le ore vacanti, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa azienda per il periodo corrispondente ai due turni successivi di pubblicazione rispetto a quello nel quale saranno pubblicate le ore vacanti proposte.

La mancata ed esplicita comunicazione di accettazione, effettuata secondo le modalità indicate, è considerata rinuncia.

Sono inoltre applicate le conseguenze di cui all'art. 45, co. 8 ACN/2020 e all'art. 4 AIR/2021.

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata, di documento di identità, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest entro il termine perentorio di:

VENERDI 10 MARZO

Le domande devono essere inviate **entro le ore 23:00** del termine di scadenza tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato – *esclusivamente in un unico file formato PDF* – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice identificativo del turno, riportato nel prospetto di cui sopra, nell'oggetto della domanda e in particolare nell'oggetto del messaggio di trasmissione di posta elettronica certificata: l'Amministrazione declina sin da ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente dalla mancata o errata indicazione del codice di riferimento, ovvero da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante, da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato o per eventuali disguidi postali non imputabili all'amministrazione stessa.

L'Amministrazione provvederà ad una valutazione delle domande pervenute applicando le regole disposte dall'ACN/2021 e AIR RT 2021.

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente ed in particolare da quanto previsto dagli accordi, nazionali e regionali degli specialisti ambulatoriali.

Direttore
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni
Uniche Nazionali
Dr. Emilio Carlo Di Spigno

Azienda USL Toscana nord ovest



All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Azienda USL Toscana nord ovest

Oggetto: disponibilità' completamento orario; codice turno: _____

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ex applicazione art. 20 ACN/2020 nella branca di _____.

Nello specifico dichiara di accettare la proposta di completamento orario, dichiarandosi disponibile all'acquisizione dei seguenti turni:

n. ore:.....Zona:.....

n. ore:.....Zona:.....

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritieri**:

di essere titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato come di seguito specificato:

pressoper n. oredalpressoper n. oredal

**UOC
ACQUISIZIONE
RISORSE DA
CONVENZIONI
UNICHE
NAZIONALI**

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D. Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Allega copia di un valido documento di identità.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo o pec:

Sig. _____ Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____ (Tel. _____)

Pec _____

Data _____

Firma _____

All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Oggetto: conferma mobilità Art. 30ACN/2021; codice turno: _____

Il/La sottoscritto/a _____ conferma la propria disponibilità alla mobilità verso l'ambito territoriale di _____; zona _____

Nello specifico chiede di trasferire le seguenti ore:

n. ore:..... da ambito:..... Zona:.....

(indicare anche giorni e orari)

a ambito:..... Zona:.....

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritieri**:

di essere titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato come di seguito specificato:

pressoper n. oredal

pressoper n. oredal

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D. Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Allega copia di un valido documento di identità.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo o pec:

Sig. _____ Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____ (Tel. _____)

Pec _____

Data _____ Firma _____