

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					
Branca Specialistica/ Area professionale	Ambito Territoriale	Codice da riportare in oggetto nella domanda	Orario settimanale	Sede di servizio	Con accertamento di particolari capacità professionali
Cardiologia	Livorno	COCZ08	12 ore settimanali	Zona Valli Etrusche Po Cecina	Competenze in ecocardiografia
Diabetologia	Pisa	COCZ16	6 ore settimanali	Volterra	Per attivazione PDTA e integrazione livelli di cura con MMG
Neurologia	Livorno	COCZ42	4 ore settimanali	Zona Valli Etrusche	
Oculistica	2 Livorno	COCZ45	38 ore settimanali	UO Oculistica Livorno (n. 1 turno Livorno, 1 turno Valli Etrusche-Elba)	Esperienza ed autonomia nell'esecuzione di interventi chirurgici del tratto anteriore Prevista attività ospedaliera ed ambulatoriale e chirurgica con turni di PD, notturni e festivi
Oculistica	Lucca	COCZ45	38 ore settimanali	UO Oculistica Valle del Serchio	
Oculistica	Massa Carrara	COCZ45	18 ore settimanali	UO Oculistica Apuane	
Oculistica	Massa Carrara	COCZ45	33 ore settimanali	UO Oculistica Apuane	
Ostetricia e Ginecologia	Massa Carrara	COCZ50	6 ore settimanali	UF Consultoriale Apuane	
Pneumologia	Livorno	COCZ54	18 ore settimanali	Zona Valli Etrusche	
Psichiatria	Massa Carrara	COCZ55	38 ore settimanali	UF Ser. D Zona Apuane	Orario previsto: Lunedì, mercoledì e venerdì 7:30-14:00 Martedì e Giovedì 8:00-14:00 14:30-17:30
Psichiatria in subordine Farmacologia e Tossicologia	Livorno	COCZ55	20 ore settimanali	UF Ser. D Zona Valli Etrusche	

Psicologia	Pisa	COCZ69	38 ore settimanali	UOC Psicologia del Benessere Organizzativo	Documentata esperienza nelle seguenti attività di psicologia per il benessere organizzativo: - rilevazione dello stato di salute lavorativa di singoli dipendenti, di gruppi, di strutture operative e valutazioni rischio stress lavoro correlato in riferimento anche a contesti di aggressione; - gruppi di miglioramento e sostegno psicologico a singoli operatori (tra cui anche responsabili di struttura), gruppi operativi, in riferimento anche a contesti di aggressione; - formazione al ruolo, al team building, alla prevenzione e alla gestione delle aggressioni.
Psicologia	Livorno	COCZ69	18 ore settimanali	UOC Prevenzione e Protezione Rischi	Psicologia del lavoro e delle organizzazioni con specifica competenza del rischio stress-lavoro correlato e rischio aggressioni
Reumatologia	Massa Carrara	COCZ60	30 ore settimanali	UOSD Reumatologia Apuane e Lunigiana	Esperienza comprovata in attività ecografica a supporto dell'attività clinica di reumatologia; Capillaroscopia Orario da svolgersi su almeno 5 giorni a settimana di cui almeno due con prolungamento pomeridiano

Possono partecipare esclusivamente gli specialisti ambulatoriali, titolari presso l'Azienda UsI 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/2021, 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/2021 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:

SABATO 10 GIUGNO

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

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

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 veritiere:**

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

pressoper n. oredalpresso
.....per 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 _____

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 veritiere:

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 _____