

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI N. 2 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI
PER REALIZZAZIONE DEL PROGETTO INCREMENTO DONAZIONI DI
PLASMA E COPERTURE SEDI IN CARENZA DI MEDICI (DELIBERA G.R.T.
N.1025 DEL 04.09.2023).**

Codice:LPDONPLASMA23

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest ha necessità di disporre delle seguenti figure professionali:

Medico in medicina e chirurgia + iscrizione al Registro Medici Prelevatori presso il Centro Regionale Sangue;

Medico specializzato: tutte le specializzazioni + iscrizione al Registro Medici Prelevatori presso il Centro Regionale Sangue;

Medici specializzandi: tutte le specializzazioni + iscrizione al Registro Medici Prelevatori presso il Centro Regionale Sangue;

Medici in Quiescenza:almeno 3 anni di attività c/o un centro trasfusionale.

Numero di incarichi libero professionali da reclutare : 2

I MEDICI IN QUIESCENZA O SPECIALIZZANDI AL PENULTIMO O ULTIMO ANNO DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE SOPRAINDICATE POTRANNO ESSERE RECLUTATI **SOLO** SE PREVISTO DALLA LEGGE PER L'ANNO 2024

DURATA: Max 8 mesi

IMPEGNO ORARIO: n. 1 contratto da 4 ore per 4 giorni a settimana (dal lunedì alla domenica) ed n. 1 da 10 ore settimanali (dal lunedì alla domenica).

AMBITI TERRITORIALI DI ASSEGNAZIONE:

n. 1 incarico LIVORNO, PIOMBINO-CECINA

n.1 incarico MASSA CARRARA, PONTREMOLI , FIVIZZANO.

Si precisa che se il professionista nominato, sia stato titolare nell'ultimo anno di contratto libero professionale, sarà collocato nel medesimo ambito territoriale.

COMPENSO LORDO ONNICOMPENSIVO: 35 euro l'ora per medici specializzati o in quiescenza; 26 euro l'ora per medici specializzandi al penultimo o ultimo anno delle scuole di specializzazione con maggiorazione per sede disagiata (isole, comunità montane, carceri o residenze per esecuzioni di misure di sicurezza) di 30 euro l'ora per gli specializzandi e 39 euro l'ora per medici specializzati o in quiescenza;

(Deliberazione del Direttore Generale n. 922 del 12/10/2023)

Requisiti richiesti:

(potranno presentare domanda anche i medici in quiescenza o specializzandi al penultimo o ultimo anno delle scuole di specializzazione sopraindicate che potranno essere reclutati SOLO se previsto dalla legge per l'anno 2024):

- Laurea in Medicina e Chirurgia + iscrizione al Registro Medici Prelevatori presso il Centro Regionale Sangue.
 - Tutte le specializzazioni + iscrizione al Registro Medici Prelevatori presso il Centro Regionale Sangue.
 - Specializzando in tutte le specializzazioni + iscrizione al Registro Medici Prelevatori presso il Centro Regionale Sangue;
-
- Per i medici in quiescenza almeno 3 anni di attività in un centro trasfusionale.
 - Iscrizione all'ordine dei Medici.
 - Abilitazione alla professione di medico.
 - Comprovata esperienza in raccolta sangue e terapie trasfusionali/infusionali;

In caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo il professionista dovrà:

- aprire partita IVA;
- stipulare assicurazione infortuni;
- stipulare assicurazione responsabilità civile verso terzi.

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredato, necessariamente, di curriculum formativo e professionale - PENA ESCLUSIONE - redatto su conforme modello europeo, datato e firmato**, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest - Via Cocchi, 7/9 - 56121 Pisa, entro il termine perentorio del

20 DICEMBRE 2023

Alla domanda deve essere altresì allegata - PENA ESCLUSIONE -copia non autenticata di un valido documento di identità.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile:

- se inviate entro e non oltre il termine di scadenza (**20 dicembre 2023**) 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.
- la validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata dalla **ricevuta di accettazione**.

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice avviso **LPDONPLASMA23** nell'oggetto della domanda e in particolare nell'oggetto del messaggio di trasmissione in caso di invio della stessa per 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 comparativa dei curricula pervenuti (formato europeo) tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, oltre a formazione accademica - attività professionali - attività formative, di studio e aggiornamento - attività didattica - attività scientifica.

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta potranno essere invitati ad un colloquio individuale di approfondimento. La data dell'eventuale colloquio, nonché l'esito della procedura, saranno resi noti esclusivamente mediante pubblicazione sul sito ufficiale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest nella sezione "bandi e concorsi".

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere o meno all'effettiva attribuzione dell'incarico individuale, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità a suo insindacabile giudizio.



Per eventuali informazioni rivolgersi alla U.O.C. Politiche delle Risorse Umane Assunzioni e Rapporti con Estar , tel. 0584-6059474/5.

Pisa 13/12/2023

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Maria Letizia Casani

Azienda USL Toscana nord ovest



Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA:
02198590503

All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest
Via Cocchi n. 7/9
56121 PISA

Oggetto: domanda di ammissione alla procedura comparativa per l'attribuzione di 2 INCARICHI L.P. PER REALIZZAZIONE PROGETTO INCREMENTO DONAZIONI DI PLASMA E COPERTURE SEDI IN CARENZA DI MEDICI (DELIBERA G.R.T. N.1025 DEL 04.09.2023). **LPDONPLASMA23**

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di un incarico individuale per il profilo professionale sotto indicato di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 922 del 12/10/2023:

- MEDICO IN MEDICINA E CHIRURGIA con Iscrizione al Registro medici Prelevatori c/o il Centro Regionale Sangue.**
- MEDICO SPECIALIZZATO IN TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI con Iscrizione al Registro medici Prelevatori c/o il Centro Regionale Sangue.**
- MEDICO SPECIALIZZANDO IN TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI iscritto al penultimo e ultimo anno di scuola di specializzazione con Iscrizione al Registro medici Prelevatori c/o il Centro Regionale Sangue.**
- MEDICO IN QUIESCENZA con almeno 3 anni di attività c/o un centro trasfusionale.**

di esprimere la seguente preferenza per la sede di assegnazione:

- Livorno - Cecina – Piombino**
- Massa – Pontremoli - Fivizzano**

potranno presentare domanda anche i medici in quiescenza o specializzandi al penultimo o ultimo anno delle scuole di specializzazione sopraindicate che potranno essere reclutati SOLO se previsto dalla legge per l'anno 2024.

Si precisa che se il professionista nominato, sia stato titolare nell'ultimo anno di contratto libero professionale, sarà collocato nel medesimo ambito territoriale.

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:

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in Via _____ n. _____;
2. di essere in possesso della cittadinanza _____⁽¹⁾;
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____⁽²⁾;



Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA:
02198590503

4. di avere il seguente codice fiscale _____;

5. di provvedere in caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo a:

- aprire partita iva
- stipulare assicurazione infortuno
- stipulare assicurazione responsabilità civile verso terzi

6. di non avere riportato condanne penali _____⁽³⁾;

7. di non avere procedimenti penali in corso _____⁽⁴⁾;

8. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

a) laurea in medicina e chirurgia conseguita il _____ presso _____;

b) specializzazione in _____ conseguita il _____ presso _____;

c) specializzando al penultimo/ultimo anno delle scuole di specializzazione in _____;

d) iscrizione nel Registro dei medici prelevatori c/o il Centro Regionale Sangue dal _____;

e) iscrizione all'Ordine Professionale: Provincia di _____ al n. _____ dal _____;

f) attività di servizio di almeno 3 anni in un centro trasfusionale dal _____ al _____ c/o _____;

g) comprovata esperienza in raccolta sangue e terapie trasfusionali/infusionali dal _____ al _____ c/o _____;

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

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 curriculum redatto su conforme modello europeo datato e firmato e fotocopia di un valido documento di identità.

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

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

Comune _____ Provincia _____ (Tel. _____)

Mail _____

Data _____

_____ firma

Note:

(¹) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(²) in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(³) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

(⁴) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.