

Obbligo di bollo:

L'assolvimento dell'obbligo di bollo da € 16,00 dovrà essere versato con il modello F23 (posta o banca: campo codice TZP – Ufficio territoriale – Codice tributo 456T).

Da allegare in copia a dimostrazione dell'avvenuto pagamento.

All'Azienda USL TOSCANA NORDOVEST
UOC Acquisizione Risorse da Convenzioni Uniche Nazionali

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Oggetto: GRADSPA2025 (inserire codice specifico disciplina)

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI E
ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)**

VALEVOLE PER L'ANNO 2025

ex art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2021 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA

Il sottoscritto....., nato a.....

(prov.....) il.....M__F__ Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzon.....Cap.....

telefono.....(obbligatorio)

PEC.....email.....(obbligatoria)

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

☐ medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....CODICE*

☐ medici veterinari: area.....CODICE*

☐ biologiCODICE*

☐ chimiciCODICE*

☐ professionisti psicologiCODICE*

☐ professionisti psicoterapeutiCODICE*

** riportare le codifiche di branca/area prof.le indicate in allegato.*

a valere per l'anno 2024 relativamente all'ambito zonale di (è possibile inserire da 1 a 4 preferenze):

☐ MASSA CARRARA

☐ LIVORNO

☐ LUCCA

☐ PISA

A tale fine acclude autocertificazione, relativa al possesso dei requisiti e dei titoli valutabili per l'inserimento in graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dalla residenza):

.....

Data.....

Firma per esteso.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

Il sottoscritto....., nato a.....

(prov.....) il.....M__F__Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzon.....Cap.....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- ☐ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE, (specificare).....

- ☐ di possedere la laurea magistrale a ciclo unico in conseguita presso
l'Università di..... in data...../...../.....con voto/.....
☐ senza lode ☐ con lode;
- ☐ di possedere il diploma di laurea triennale in..... conseguito presso
l'Università di..... in data...../...../..... con voto/.....
☐ senza lode ☐ con lode;
- di possedere il diploma laurea specialistica biennale in..... conseguita presso
l'Università di..... in data...../...../..... con voto/.....
☐ senza lode ☐ con lode;

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)
in data...../...../..... presso l'Università di.....;

- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di.....
a decorrere dalla data/...../.....

- di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione quadriennale in:
1) conseguita il...../...../..... presso
l'Università di..... con voto...../.....☐ senza lode ☐ con lode
2) conseguita il...../...../..... presso
l'Università di..... con voto...../.....☐ senza lode ☐ con lode
3) conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

DICHIARA INOLTRE

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di **non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;**
- di avere svolto, ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, approvato in data 31/03/2021 - presso Aziende Sanitarie ed altre istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, MINISTERO della DIFESA, SASN, ecc) la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, in qualità di specialista/professionista ambulatoriale sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato:

NB: (INDICARE ESCLUSIVAMENTE IL SERVIZIO SVOLTO FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA IN QUALITÀ DI SPECIALISTA AMBULATORIALE. NON INDICARE ATTIVITÀ SVOLTA AD ALTRO TITOLO, ES. CON RAPPORTO DI DIPENDENZA O CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE, PENA L'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA).

NB: NON È VALUTABILE IL SERVIZIO EFFETTUATO PRECEDENTEMENTE AL 2 OTTOBRE 2000.

BRANCA SPEC/ AREA PROF.LE	AZIENDA/ENTE	ORE SETTIMANALI	ORE TOTALI	DAL	AL

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'Acn/2021 per l'inserimento nelle singole graduatorie;
- La mancanza della firma nella domanda;
- La mancanza del documento di identità
- La mancata acclusione alla domanda di documento di riconoscimento (identità) in corso di validità, trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione.
- La presenza di dichiarazioni mendaci eventualmente riscontrate a seguito dei controlli effettuati dall'Amministrazione circa il contenuto delle dichiarazioni rilasciate anche in merito a servizi prestati a titolo diverso rispetto a contratti di Specialistica Ambulatoriale.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso

Allega copia di valido documento di identità valido.

IL SOTTOSCRITTO

PRESTA

libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche mediante strumenti informatici e/o telematici e anche attraverso la pubblicazione sul sito interno aziendale, dei dati personali, dei recapiti telefonici e indirizzi e-mail dichiarati, al fine di fornire alle strutture interne all'azienda eventuali contatti per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse al conferimento di incarichi di specialistica ambulatoriale, anche di sostituzione, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi indicati nell'informativa sotto riportata.

INFORMAZIONI RESE ALL'INTERESSATO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio n° 679 del 27 aprile 2016, La informiamo che i dati personali che La riguardano, riportati nella "Domanda di inclusione nella graduatoria 2024" e nella "Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio" saranno trattati per le sole finalità amministrative concernenti l'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2025.

Il trattamento avverrà in modalità cartacea ed informatica, riguarderà dati comuni, cioè non "particolari, e si svolgerà per il tempo minimamente necessario alle finalità della raccolta, decorso il quale si procederà con la cancellazione/distruzione del materiale e delle informazioni di cui si tratta.

Il fondamento di liceità del trattamento è costituito dall'interesse pubblico perseguito e la sua base giuridica è rappresentata dalla normativa di settore.

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto l'Azienda non sarebbe in grado di dar seguito all'inserimento della S.V. nella graduatoria di cui si tratta.

I dati personali (esclusivamente nome cognome e posizione in graduatoria) saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'Azienda Usl Toscana Nordovest. Sul sito aziendale interno, per le finalità sopra richiamate, saranno pubblicati oltre che il nome e cognome e la posizione in graduatoria anche i recapiti telefonici dalla S.V. dichiarati nella presente domanda.

In particolare il Suo numero di telefono ed il Suo indirizzo e-mail potranno essere resi disponibili dalla Unità Operativa competente alle strutture aziendali interne che avessero necessità di contattarLa per le finalità strettamente indispensabili al corretto svolgimento della pratica.

Responsabile del trattamento è Il Direttore della UOC Acquisizione Risorse da Convenzioni Uniche Nazionali.

Il Responsabile Aziendale per la Protezione dei dati è contattabile all'indirizzo rpd@uslnordovest.toscana.it.

Sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo sulla Privacy.

Con la firma in calce alla presente Lei dichiara anche di accettare l'utilizzo dei Suoi dati personali con le modalità espone nelle presenti Informazioni.

Data.....Firma per esteso

La candidatura per l'iscrizione nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale dovranno essere inviate, tassativamente, pena esclusione, dall' 01/01/2024 al il 31/01/2024, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest, esclusivamente tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato – in un unico file formato PDF – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Nell'oggetto della domanda dovrà essere indicato: GRADSPA2025

Il bollo da € 16,00 dovrà essere versato con il modello F23 (posta o banca: campo codice TZP – Ufficio territoriale Pisa – Codice tributo 456T) da allegare in copia a dimostrazione dell'avvenuto pagamento.

Per ogni branca specialistica o area professionale per la quale si richiede l'inserimento in graduatoria, dovrà essere inviata una specifica domanda completa di tutta la documentazione necessaria alla valutazione del possesso dei requisiti e titoli di studio e professionali;

Laddove i dati riportati nella domanda risultino incompleti, non saranno valutati. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività con relativi recapiti telefonici e/o mail.

CODICE BRANCHE MEDICHE

CZ01	ALLERGOLOGIA
CZ02	ANATOMIA PATOLOGICA
CZ03	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CZ04	ANGIOLOGIA
CZ05	AUDIOLOGIA E FONIATRIA
CZ06	BIOCHIMICA CLINICA
CZ07	CARDIOCHIRURGIA
CZ08	CARDIOLOGIA
CZ09	CHIRURGIA GENERALE
CZ10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
CZ11	CHIRURGIA PEDIATRICA
CZ12	CHIRURGIA PLASTICA
CZ13	CHIRURGIA TORACICA
CZ14	CHIRURGIA VASCOLARE
CZ71	CURE PALLIATIVE
CZ15	DERMATOLOGIA
CZ16	DIABETOLOGIA
CZ17	EMATOLOGIA
CZ18	ENDOCRINOLOGIA
CZ19	FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA
CZ20	FISICA SANITARIA
CZ21	FISIOKINESITERAPIA
CZ23	GASTROENTEROLOGIA
CZ24	GENETICA MEDICA
CZ25	GERIATRIA
CZ26	IDROCLIMATOLOGIA
CZ27	IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA
CZ28	MALATTIE INFETTIVE
CZ29	MEDICINA E CHIR. D'ACCETTAZ. E D'URGENZA
CZ30	MEDICINA INTERNA
CZ31	MEDICINA DEL LAVORO
CZ32	MEDICINA DELLO SPORT
CZ33	MEDICINA DI COMUNITA'
CZ34	MEDICINA LEGALE
CZ35	MEDICINA NUCLEARE
CZ36	MEDICINA TRASFUSIONALE
CZ37	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
CZ38	NEFROLOGIA
CZ39	NEONATOLOGIA
CZ40	NEUROCHIRURGIA
CZ41	NEUROFISIOPATOLOGIA
CZ42	NEUROLOGIA
CZ43	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
CZ44	NEURORADIOLOGIA
CZ45	OCULISTICA
CZ46	ODONTOIATRIA
CZ47	ONCOLOGIA
CZ48	ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI
CZ49	ORTOPEDIA
CZ50	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
CZ51	OTORINOLARINGOIATRIA
CZ52	PATOLOGIA CLINICA
CZ53	PEDIATRIA
CZ54	PNEUMOLOGIA
CZ55	PSICHIATRIA
CZ56	PSICOLOGIA
CZ57	PSICOTERAPIA
CZ58	RADIODIAGNOSTICA
CZ59	RADIOTERAPIA
CZ60	REUMATOLOGIA
CZ61	SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE
CZ62	TOSSICOLOGIA MEDICA
CZ63	UROLOGIA

CODICE AREE PROFESSIONALI (NON MEDICI)

CZ67	BIOLOGIA (BIOLOGI)
CZ68	CHIMICA
CZ69	PSICOLOGIA (PSICOLOGI)
CZ70	PSICOTERAPIA (PSICOLOGI)

CODICE MEDICINA VETERINARIA

CZ64	SANITA' ANIMALE (A)
CZ65	IGIENE E TRASFORMAZIONE ALIMENTI (B)
CZ66	IGIENE E TRASFORMAZIONE ANIMALE (C)