

AVVISO PER INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, EX ART. 19, CO.12 ACN/2021 RISERVATO AI NON ISCRITTI NELLA GRADUATORIA ANNUALE VIGENTE E VALEVOLE PER L'ANNO 2024. CODICE AVVISO: **GRADCO12**

Con il presente avviso è attivato il bando per la costituzione delle graduatorie della specialistica ambulatoriale, da costituirsi, ex. Art. 19, co. 12 ACN/2021.

L'avviso è riservato a chi non risulti ancora iscritto nella graduatoria annuale, approvata dall'Azienda per l'anno in corso, ai sensi dell'ACN/2021, art. 19. co. 10 e sia interessato al conferimento di incarichi di specialistica ambulatoriale provvisori, di sostituzione o a tempo determinato.

Possono partecipare i medici in possesso di uno o più diplomi di specializzazione previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2021, in relazione alla branca di interesse, e che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- non iscritti nella graduatoria annuale relativa alla branca in oggetto, approvata dall'Azienda per l'anno in corso;
- specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, art. 19, ACN/2021.

**Gli interessati devono far pervenire la propria candidatura, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata, di curriculum formativo e professionale su conforme modello europeo, datato e firmato, e corredata di documento di identità, 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](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)**

entro il termine di

**[VENERDI 15 MARZO 2024](#)**

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

**N.B. si sottolinea l'importanza di specificare nell'oggetto della domanda il codice avviso:**

**GRADCO12**

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.

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

**CODICE BRANCHE MEDICHE**

**CZ01** ALLERGOLOGIA  
**CZ02** ANATOMIA PATOLOGICA  
**CZ03** ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
**CZ04** ANGIOLOGIA  
**CZ05** AUDIOLOGIA  
**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  
**CZ15** DERMATOLOGIA  
**CZ16** DIABETOLOGIA  
**CZ17** EMATOLOGIA  
**CZ18** ENDOCRINOLOGIA  
**CZ19** FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA  
**CZ20** FISICA SANITARIA  
**CZ21** FISIOKINESITERAPIA  
**CZ22** FONIATRIA  
**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** OSTETRICA E GINECOLOGIA  
**CZ51** OTORINOLARINGOIATRIA  
**CZ52** PATOLOGIA CLINICA  
**CZ53** PEDIATRIA  
**CZ54** PNEUMOLOGIA  
**CZ55** PSICHIATRIA  
**CZ58** RADIODIAGNOSTICA  
**CZ59** RADIOTERAPIA  
**CZ60** REUMATOLOGIA

**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 )

**Obbligo di bollo:**

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

A Azienda USL Toscana Nordovest  
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni Uniche Nazionali

**[direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA EX ART. 19. CO. 12: SPECIALISTI  
AMBULATORIALI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI,  
PSICOLOGI)**



**VALEVOLE PER L'ANNO 2024**

ex art. 19, co. 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31/03/2020 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.....)

Indirizzo .....n.....Cap.....

telefono.....(obbligatorio)

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

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

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

☐ medici veterinari: area.....CODICE\*.....

☐ biologi .....CODICE\*.....

☐ chimici .....CODICE\*.....

☐ professionisti psicologi .....CODICE\*.....

☐ professionisti psicoterapeuti .....CODICE\*.....

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

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.....)

Indirizzo .....n.....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.**

### MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'Acn/2020 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.**