

AVVISO PER INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, EX ART. 19, CO.12 ACN/2024 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 costituirsì, ex. Art. 19, co. 12 ACN/2024.

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/2024, 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/2024, 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/2024.

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

entro il termine di

SABATO 15 giugno

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/2024.

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**CODICE AREE PROFESSIONALI (NON MEDICI)**

CZ01	ALLERGOLOGIA
CZ02	ANATOMIA PATHOLOGICA
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	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
CZ51	OTORINOLARINGOIATRIA
CZ52	PATOLOGIA CLINICA
CZ53	PEDIATRIA
CZ54	PNEUMOLOGIA
CZ55	PSICHIATRIA
CZ58	RADIODIAGNOSTICA
CZ59	RADIOTERAPIA
CZ60	REUMATOLOGIA

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



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 4/02/2024 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 calce.

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 veritieri, 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'A/2024 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.