

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AI SENSI DELL'ART. 23 ACN/02/2024 – (in seguito ACN/2024)**

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest ha eventuale necessità di conferire i seguenti incarichi provvisori:

**1) BRANCA: DERMATOLOGIA**

CODICE TURNO: PR/CZ151

DURATA DELL'INCARICO: fino all'attribuzione dell'incarico a tempo indeterminato corrispondente (massimo 6 mesi)

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE: 15 ore settimanali;

AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITÀ: Zona Valli Etrusche (Cecina e Donoratico);

**1) BRANCA: DERMATOLOGIA**

CODICE TURNO: PR/CZ152

DURATA DELL'INCARICO: fino all'attribuzione dell'incarico a tempo indeterminato corrispondente (massimo 6 mesi)

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE: 15 ore settimanali;

AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITÀ: Alta Val di Cecina (Volterra e Larderello)

Possono partecipare gli specialisti in possesso di uno o più diplomi di specializzazione previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2024, in relazione alla branca specialistica oggetto dell'incarico, e iscritti, alla data di scadenza del presente bando nella graduatoria annuale aziendale o nella graduatoria di disponibilità relativa alla branca in oggetto;

Per quanto attiene a tale tipologia di incarico si applica il trattamento giuridico ed economico previsto dal vigente ACN/2024 e successive integrazioni.

**Requisiti richiesti:**

- diploma di laurea in medicina e chirurgia, ovvero la laurea specialistica/magistrale della classe corrispondente;
- diploma di specializzazione come previsto nell'allegato 2 ACN/2024 per la branca in oggetto;

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredata, di curriculum formativo e professionale redatto su conforme modello europeo, datato e firmato**, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest, entro il termine perentorio di:

**VENERDI 16 AGOSTO**

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

**N.B. si sottolinea l'importanza di specificare nella domanda i codici previsti dal presente avviso.**

**Tali codici devono essere inseriti anche nell'oggetto della domanda e in particolare nell'oggetto del messaggio di trasmissione; 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 disgradi 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 .

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.

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: domanda per l'attribuzione di incarico provvisorio di Specialistica ambulatoriale; codice avviso: \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di un incarico provvisorio di specialistica ambulatoriale nella branca di \_\_\_\_\_, ambito o sede di \_\_\_\_\_.

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.\_\_\_\_\_;

a) titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;

b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

c) specializzazione: \_\_\_\_\_ conseguita presso: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;

2. di avere svolto o di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica come titolare , sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato  
presso \_\_\_\_\_ per n. ore .....dal .....al  
presso \_\_\_\_\_ per n. ore .....dal .....al

3. di essere iscritto nella graduatoria annuale per la branca \_\_\_\_\_ dell'Azienda Usl Toscana Nordovest.

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 copia fotostatica 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. \_\_\_\_\_)

Pec \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

