

AVVISO PER INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, EX ACN/2024, ART. 19, CO.12 RISERVATO AI NON ISCRITTI NELLA GRADUATORIA ANNUALE VIGENTE.

CODICE AVVISO: **GRADCO12**

Con il presente avviso è attivato il bando per la costituzione delle graduatorie della specialistica ambulatoriale 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.

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 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 inviare **la propria candidatura entro il 10 marzo 2025.**

redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredato, di curriculum formativo e professionale su conforme modello europeo, datato e firmato**, 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

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

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare quale oggetto della domanda: 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

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 Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni Uniche Nazionali .

Il Direttore
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni
Uniche Nazionali
Dr. Emilio Carlo Di Spigno

MARCA DA
BOLLO € 16,00
da pagarsi mediante
F23

All'Azienda USL TOSCANA NORDOVEST
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni
Uniche Nazionali
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Azienda USL Toscana nord ovest

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 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.

a valere per l'anno 2021 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.....

Azienda USL Toscana nord ovest



**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
- 4) di aver svolto i seguenti incarichi di specialistica ambulatoriale:

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

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/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 e ricevuta pagamento modello F23 per asolvimento obblighi di bollo.

Azienda USL Toscana nord ovest



ELENCO

CODICE BRANCHE MEDICHE

CZ01 ALLERGOLOGIA
CZ02 ANATOMIA PATHOLOGICA
CZ03 ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CZ04 ANGIOLOGIA
CZ05 AUDIOLOGIA E FONIATRIA
CZ06 BIOCHIMICA CLINICA
CZ07 CARDIOCHIRURGIA
CZ08 CARDIOLOGIA
CZ09 CHIRURGIA GENERALE
CZ10 CHIRURGIA MAXILO FACCIALE
CZ11 CHIRURGIA PEDIATRICA
CZ12 CHIRURGIA PLASTICA
CZ13 CHIRURGIA TORACICA
CZ14 CHIRURGIA VASCOLARE
CZ15 CURE PALLIATIVE
CZ16 DERMATOLOGIA
CZ17 DIABETOLOGIA
CZ18 ENDOCRINIOLOGIA
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 ODONTOLOGIA
CZ47 ONCOLOGIA
CZ48 ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI
CZ49 ORTOPEDIA
CZ50 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
CZ51 OTORINOLARINGOLOGIA
CZ52 PATOLOGIA CLINICA
CZ53 PEDIATRIA
CZ54 PNEUMOLOGIA
CZ55 PSICHIATRIA
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)