

Avviso per il conferimento di n. 2 incarichi di lavoro autonomo di dirigente medico – disciplina: DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA

(cod LPDERM25)

Pubblicato sul sito Azienda USL TOSCANA NORD OVEST il 1/4/25
(delibere 212/25 e 308/25)

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest ha necessità di disporre delle seguenti figure professionali: n. 2 Dirigenti Medici – Disciplina: DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA per l’attribuzione di incarichi di lavoro autonomo per lo svolgimento di prestazioni professionali proprie della disciplina.

Il presente avviso è rivolto:

- a medici specializzati nella disciplina oggetto del presente avviso;
- a medici specializzandi iscritti all’ultimo e al penultimo anno della scuola di specializzazione nella disciplina oggetto del presente avviso;
- a medici in quiescenza precedentemente inquadrati come dirigenti medici di oncologia, anche se non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo (età massima 72 anni).

DURATA: 12 MESI per i medici specializzati, 6 mesi per gli specializzandi e fino al 31/12/25 per i medici in quiescenza, salvo modifiche normative,

ORARIO SETTIMANALE: 20 ore

COMPENSO LORDO ONNICOMPENSIVO:

	Tariffa oraria onnicomprensiva ordinaria	Tariffa oraria onnicomprensiva maggiorata per sede disagiata (isole, comunità montane, carceri o residenze per l’esecuzione di misure di sicurezza)
Medici specializzandi	€ 26,00	€ 30,00
Medici specializzati e in quiescenza	€ 35,00	€ 39,00

In caso di attribuzione dell’incarico di lavoro autonomo il professionista dovrà:

- aprire partita IVA;
- stipulare assicurazione infortuni;

Gli interessati devono far pervenire la propria candidatura, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata, necessariamente, di curriculum formativo e professionale, redatto su conforme modello europeo, stampato con inchiostro nero, all’Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest - Via COCCHI, 7/9 - 56121 PISA, entro il termine perentorio del

15/04/2025

Le domande si considerano prodotte in tempo utile se inviate entro il termine di scadenza tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato – esclusivamente in un unico file formato PDF (dimensione massima 1 giga) – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

N.B. si sottolinea l’importanza di specificare il codice avviso LPONC24 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

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato o per eventuali disguidi non imputabili all'amministrazione stessa.

L'Amministrazione provvederà ad una valutazione comparativa dei curricula pervenuti (formato europeo) tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, oltre a formazione accademica - attività professionali - attività formative, di studio e aggiornamento - attività didattica - attività scientifica

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta potranno essere invitati ad un colloquio individuale di approfondimento. La data dell'eventuale colloquio, nonché l'esito della procedura, saranno resi noti esclusivamente mediante pubblicazione sul sito ufficiale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest nella sezione "bandi e concorsi".

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente.

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 U.O. C. Politiche delle Risorse Umane, assunzioni e rapporti con Estar, tel. 050/954226.



All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest
Via Cocchi n. 7/9
56121 PISA

Il/La sottoscritto/a

- medico specializzato
- medico iscritto all'ultimo/penultimo anno della scuola di specializzazione in _____ dell'Università di _____
- medico in quiescenza dal _____

chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione dell'incarico individuale per il profilo professionale di CODICE

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._____;
2. di essere in possesso della cittadinanza _____⁽¹⁾;
3. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali _____⁽²⁾;
4. di avere il seguente codice fiscale _____;
5. di provvedere in caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo a:
 - aprire partita iva
 - stipulare assicurazione infortuni
 - stipulare assicurazione responsabilità civile contro terzi.
6. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;
7. di avere/non avere riportato condanne penali _____⁽³⁾;
8. di non trovarsi in una delle cause di incompatibilità di cui all'art 25 della L. 724 del 23/12/1994;
9. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:
 - a) titolo di studio: _____ conseguito presso _____, nell'anno _____;
 - b) Iscrizione all'Ordine Professionale/Albo Professionale: Provincia di _____ dal _____;
 - c) Specializzazione: _____ conseguita presso: _____;
 - d) documentata esperienza professionale: (specificare):

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.



Si allega curriculum redatto su conforme modello europeo 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. _____) e-mail

Data _____

_____ firma ^(⁴)

Note:

(¹) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(²) in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(³) in caso affermativo specificare quali.

(⁴) la firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione delle domande. Nel caso in cui la domanda venga spedita a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, alla stessa dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.