

ASL TOSCANA NORDOVEST

ACN MEDICI SPECIALISTI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ AMBULATORIALI

TURNI VACANTI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE GIUGNO 2025 INTEGRAZIONE e CORREZIONE REFUSO

TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO					
Brancha Specialistica/ Area professionale	Ambito Territoriale	Codice da riportare in oggetto nella domanda	Orario settimanale	Sede di servizio	Note/ Previsione di accertamento di particolari capacità professionali
Psicologia	Livorno	CZ695	20 ore settimanali	UF Consultoriale Livorno Lunedì e sabato orario antimeridiano, mercoledì e venerdì orario pomeridiano	Richiesta Esperienza lavorativa in ambito consultoriale nel sostegno delle capacità genitoriali su invio dei Tribunali; esperienza lavorativa sulla valutazione e presa in carico psicologica dei minorenni compresi quelli della fascia d'età inferiore a 13 anni; formazione e competenza relativa alla sessuologia clinica
Reumatologia	Pisa	CZ60	6 ore settimanali	Volterra	

L'assegnazione dei turni a tempo indeterminato di cui sopra è condizionata all'esito negativo delle procedure di cui all'art. 20 ACN/2024.

Inoltre, in applicazione dell'art. 20, co. 6 ACN/2024, nel caso in cui si debba assegnare un incarico per il quale sia richiesto il possesso di particolari capacità professionali, prima della pubblicazione, sarà verificata la disponibilità oggettiva di professionisti che, avendo già superato la selezione per l' accertamento del possesso delle medesime particolari capacità professionali, siano titolari di incarico analogo e necessitino di incrementare il proprio monte orario.

In ipotesi di esito positivo di suddette procedure, la pubblicazione del turno si intende automaticamente revocata o modificata nel numero di ore proposte.

Si ricorda che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 32, co. 10 ACN/2024, qualora lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista operi in un servizio in cui è attivato l'istituto della pronta disponibilità, la stessa dovrà essere assicurata dallo specialista, veterinario o dal professionista. Si ricorda che in osservanza di quanto previsto dall'art. 27, co. 1) dell'ACN/2024 è fatto divieto all'Azienda di conferire incarichi a chi fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente.

Ai fini del conferimento dei turni disponibili, gli interessati, dovranno far pervenire, entro i termini previsti dalla pubblicazione, ovvero

ENTRO IL 15 GIUGNO

la propria candidatura, in bollo (con F23), redatta secondo lo schema allegato al presente avviso 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

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.

IL MESSAGGIO PEC DOVRÀ AVERE QUALE OGGETTO IL CODICE IDENTIFICATIVO DEL TURNO (VEDERE CODICE INDICATO NEL BANDO PER CIASCUN TURNO)

Si rende noto che non verranno prese in considerazione domande inoltrate prima della data prevista nel presente bando per l'invio delle domande o pervenute successivamente la data prevista quale termine ultimo di invio o trasmesse con altra modalità rispetto quella prevista dal presente bando.

Non è inoltre ammessa la presentazione di documenti oltre la scadenza del termine per l'invio delle domande, ed è priva di effetto la riserva di presentazione successiva eventualmente espressa dal candidato. Gli aspiranti dovranno inoltre, contestualmente alla comunicazione di disponibilità, dichiarare le attività professionali a qualsiasi titolo svolte e, qualora si trovino nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 27 ACN/2024 o svolgano altre attività compatibili che, sommate alle ore di incarico richieste, vengano a superare il massimale orario di cui all'art. 28, dovranno espressamente dichiararsi disposti a rinunciare alle suddette attività qualora dichiarati idonei o risultanti aventi diritto all'attribuzione del turno.

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare il presente avviso o parte di esso, durante il periodo di pubblicazione, ove ricorrono validi motivi, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto. L'Amministrazione provvederà ad una valutazione delle domande pervenute applicando le regole disposte dall'ACN/2024.

Nel caso in cui l'attribuzione del turno preveda procedura selettiva di accertamento possesso specifiche capacità professionali, alla domanda dovrà essere allegato **curriculum formativo e professionale in formato europeo** (pena esclusione). Le domande presentate dovranno essere corredate da dichiarazione sostitutiva di notorietà e/o di certificazione inerente tutti i dati in essa contenuti.

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

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.

Azienda Usl Toscana Nordovest
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni Uniche Nazionali

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Oggetto: CODICE TURNO

(N.B. Inserire quale oggetto esclusivamente il codice identificativo del turno senza spazi; per ciascuna domanda è consentito inserire un solo codice)

Dichiarazione di disponibilità al conferimento del seguente turno vacante di specialistica ambulatoriale:

BRANCA: N. ore in pubblicazione:

AMBITO TERRITORIALE:.....

ZONA/SEDE DI SERVIZIO:.....

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ Via/P.zza _____,
tel _____,
mail: _____ PEC: _____

DICHIARA

la propria disponibilità a ricoprire il turno in oggetto:_____.

Dichiara inoltre di aver conseguito la laurea in _____ in _____
data _____ presso _____ con _____
voto _____ / _____;

di aver conseguito la specializzazione in _____ in data _____ con _____
voto _____ / _____ presso _____

di essere iscritto all'Albo/Ordine _____ Prov. _____ dal _____.

Ai fini dell'individuazione delle priorità per l'attribuzione dei turni vacanti di cui all'A.C.N. /2015 dichiara

inoltre di essere (barrare la casella che interessa):

- medico specialista titolare d'incarico a tempo indeterminato dal.....al.....c/o.....n.
Ore;
- medico specialista titolare d'incarico a tempo determinato dalal.....c/o.....n.
Ore;
- medico specialista titolare d'incarico provvisorio dal.....al.....c/o.....n. Ore;
dichiara inoltre il dettaglio degli incarichi (diversi dalla specialistica ambulatoriale) in atto presso altre Aziende o Enti:
.....
.....
.....

Dichiara inoltre :

- di essere iscritto nella graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno, ambito territoriale di.....;
- di non essere iscritto nella graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno in corso;
- di non essere titolare/incaricato di altro rapporto di lavoro a qualsiasi titolo con strutture pubbliche o private accreditate con il SSN/SSR;
- di essere titolare/incaricato di altro rapporto di lavoro a qualsiasi titolo con le strutture pubbliche o private accreditate con il SSN/SSR di seguito elencate;
-
.....

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali forniti nell'ambito del presente procedimento ai sensi della L. 675/96.

Allega alla presente curriculum formativo e professionale in formato europeo datato e firmato, dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata ai sensi del DPR 445/2000 e copia di documento di identità in corso di validità.

Luogo,

Firma.....