

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 2025, 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 SETTEMBRE 2025.**

redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredata, 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 .

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

MARCA DA
BOLLO € 16,00

da pagarsi mediante
F23

l'Azienda USL TOSCANA NORDOVEST
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni

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 2025

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 2025 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 veritiere, 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 assolvimento obblighi di bollo.



ELENCO

CODICE BRANCHE MEDICHE

CZ01 ALLERGOLOGIA
 CZ02 ANATOMIA PATOLOGICA
 CZ03 ANESTESIA E RIANIMAZIONE
 CZ04 ANGIOLOGIA
 CZ05 AUDIOLOGIA E FONIATRIA
 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 CURE PALLIATIVE
 CZ16 DERMATOLOGIA
 CZ17 DIABETOLOGIA
 CZ18 EMATOLOGIA
 CZ19 ENDOCRINOLOGIA
 CZ20 FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA
 CZ21 FISICA SANITARIA
 CZ22 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 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
 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)