

## **AVVISO PER INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, ANNO 2027**

L'Azienda Usl Toscana Nordovest pubblica il presente avviso per la costituzione delle graduatorie della specialistica ambulatoriale ex. Art. 19, co. 10 ACN/2024, valide per l'anno 2027.

Possono presentare la propria candidatura i medici odontoiatri, veterinari o professionisti, in possesso di uno o più diplomi di specializzazione previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2024, in relazione alla branca di interesse, e in possesso dei requisiti di cui al comma 4, art. 19, ACN/2024.

**La candidatura per l'iscrizione nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale dovrà essere inviata, tassativamente, pena esclusione,**

**dall' 01/01/2026 al il 31/01/2026**

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

**Non saranno accettate candidature pervenute prima o dopo il termine sopra indicato.**

**Nell'oggetto della domanda dovrà essere indicato: GRADSPA2027 seguito dal codice relativo alla branca di interesse di cui all'elenco di seguito riportato.**

**Dovrà essere inviata una domanda, completa di tutta la documentazione necessaria alla valutazione del possesso dei requisiti e titoli di studio e professionali e corredata di attestazione di versamento imposta di bollo, per ciascuna branca per la quale si voglia presentare la propria candidatura.**

**Laddove i dati riportati nella domanda risultino incompleti, non saranno valutati. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività con relativi recapiti telefonici e/o mail.**

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

**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 chiarimenti è possibile richiedere informazioni a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo mail: [specialistiambulatoriali@uslnordovest.toscana.it](mailto:specialistiambulatoriali@uslnordovest.toscana.it)

Il 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 TZP – Ufficio territoriale – Codice tributo 456T).

Da allegare in copia a dimostrazione dell'avvenuto pagamento.

All'Azienda USL TOSCANA NORDOVEST  
UOC Acquisizione Risorse da Convenzioni Uniche Nazionali

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

**Oggetto: GRADSPA2027**

**(inserire codice specifico disciplina)**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)**

**VALEVOLE PER L'ANNO 2027**

ex art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 07 febbraio 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.....)

Indirizzo .....n.....Cap.....

telefono.....(obbligatorio)

PEC.....email.....(obbligatoria)

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....CODICE\* .....

medici veterinari: area.....CODICE\* .....

biologi .....CODICE\* .....

chimici .....CODICE\* .....

professionisti psicologi .....CODICE\* .....

professionisti psicoterapeuti .....CODICE\* .....

\* riportare le codifiche di branca/area prof.le indicate in allegato.

a valere per l'anno 2027 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.....

**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.....)

Indirizzo .....n.....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 ...../...../.....n. iscrizione.....
  
- di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione 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

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;**
- di avere svolto, ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, approvato in data 07/02/2024 - presso Aziende Sanitarie ed altre istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, MINISTERO della DIFESA, SASN, ecc) la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, in qualità di specialista/professionista ambulatoriale sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato:

**NB: (INDICARE ESCLUSIVAMENTE IL SERVIZIO SVOLTO FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA IN QUALITÀ DI SPECIALISTA AMBULATORIALE. NON INDICARE ATTIVITÀ SVOLTA AD ALTRO TITOLO, ES. CON RAPPORTO DI DIPENDENZA O CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE, PENA L'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA).**

**NB: NON È VALUTABILE IL SERVIZIO EFFETTUATO PRECEDENTEMENTE AL 2 OTTOBRE 2000.**

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

**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 inclusione 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.**

IL SOTTOSCRITTO

PRESTA

libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche mediante strumenti informatici e/o telematici e anche attraverso la pubblicazione sul sito interno aziendale, dei dati personali, dei recapiti telefonici e indirizzi e-mail dichiarati, al fine di fornire alle strutture interne all'azienda eventuali contatti per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse al conferimento di incarichi di specialistica ambulatoriale, anche di sostituzione, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi indicati nell'informativa sotto riportata.

INFORMAZIONI RESE ALL'INTERESSATO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio n° 679 del 27 aprile 2016, La informiamo che i dati personali che La riguardano, riportati nella "Domanda di inclusione nella graduatoria 2027" e nella "Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio" saranno trattati per le sole finalità amministrative concernenti l'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2027.

Il trattamento avverrà in modalità cartacea ed informatica, riguarderà dati comuni, cioè non "particolari, e si svolgerà per il tempo minimamente necessario alle finalità della raccolta, decorso il quale si procederà con la cancellazione/distruzione del materiale e delle informazioni di cui si tratta.

Il fondamento di liceità del trattamento è costituito dall'interesse pubblico perseguito e la sua base giuridica è rappresentata dalla normativa di settore.

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto l'Azienda non sarebbe in grado di dar seguito all'inserimento della S.V. nella graduatoria di cui si tratta.

I dati personali (esclusivamente nome cognome e posizione in graduatoria) saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'Azienda Usl Toscana Nordovest. Sul sito aziendale interno, per le finalità sopra richiamate, saranno pubblicati oltre che il nome e cognome e la posizione in graduatoria anche i recapiti telefonici dalla S.V. dichiarati nella presente domanda.

In particolare il Suo numero di telefono ed il Suo indirizzo e-mail potranno essere resi disponibili dalla Unità Operativa competente alle strutture aziendali interne che avessero necessità di contattarLa per le finalità strettamente indispensabili al corretto svolgimento della pratica.

Responsabile del trattamento è Il Direttore della UOC Acquisizione Risorse da Convenzioni Uniche Nazionali.

Il Responsabile Aziendale per la Protezione dei dati è contattabile all'indirizzo [rpd@uslnordovest.toscana.it](mailto:rpd@uslnordovest.toscana.it).

Sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo sulla Privacy.

Con la firma in calce alla presente Lei dichiara anche di accettare l'utilizzo dei Suoi dati personali con le modalità esposte nelle presenti Informazioni.

Data.....Firma per esteso .....

**CODICE BRANCHE MEDICHE**

**CZ01** ALLERGOLOGIA  
**CZ02** ANATOMIA PATOLOGICA  
**CZ03** ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
**CZ04** ANGIOLOGIA  
**CZ05** AUDIOLOGIA  
**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** DERMATOLOGIA  
**CZ16** DIABETOLOGIA  
**CZ17** EMATOLOGIA  
**CZ18** ENDOCRINOLOGIA  
**CZ19** FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA  
**CZ20** FISICA SANITARIA  
**CZ21** FISIOKINESITERAPIA  
**CZ22** FONIATRIA  
**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** OTORINOLARINGOIASTRIA  
**CZ52** PATOLOGIA CLINICA  
**CZ53** PEDIATRIA  
**CZ54** PNEUMOLOGIA  
**CZ55** PSICHIATRIA  
**CZ58** RADIODIAGNOSTICA  
**CZ59** RADIOTERAPIA  
**CZ60** REUMATOLOGIA  
**CZ61** SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE

**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 )