

ASL TOSCANA NORDOVEST

ACN MEDICI SPECIALISTI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ AMBULATORIALI

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI ORE DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO RISERVATO AI TITOLARI DI
IN CARICO A TEMPO INDETERMINATO**

MODIFICA

TURNI VACANTI GIUGNO 2026

Si precisa che in merito al Turno CZ552 sono state apportate le seguenti modifiche:

- **Branca Specialistica Richiesta FARMACOLOGIA e TOSSICOLOGIA CLINICA**
- **La sede di Servizio è Ser.D Piombino**

Il turno quindi pubblicato è il seguente:

TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO					
Branca 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
Farmacologia e Tossicologia clinica	Livorno	CZ552	38 ore settimanali	SerD Piombino	Pregressa esperienza nei Ser.d

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.

A Azienda Usl Toscana Nordovest
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni Uniche Nazionali

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Oggetto: dichiarazione di disponibilità al conferimento di turni vacanti di specialistica ambulatoriale.

CODICE TURNO.....

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.....