

12/08/2019

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AI SENSI DELL'ART. 21 ACN 17 DICEMBRE 2015- (in seguito ACN 2015) BRANCA MEDICINA DELLO SPORT- CODICE DI RIFERIMENTO DA INDICARE NELLA DOMANDA: **INCARICO PROVVISORIO MEDICINA DELLO SPORT ELBA/VALLI ETRUSCHE**

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest per conto di Inail di Pontedera pubblica l'avviso per il conferimento di N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE NELLA BRANCA DI MEDICINA DELLO SPORT.

Possono partecipare i medici in possesso di uno o più diplomi di specializzazione previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2015 del 29 Marzo 2018, in relazione alla branca specialistica oggetto dell'incarico, e che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- iscritti nella graduatoria relativa alla branca in oggetto, approvata dall'Azienda per l'anno in corso;
- non iscritti nella graduatoria relativa alla branca in oggetto, approvata dall'Azienda per l'anno in corso;
- titolari di incarichi a tempo determinato ai sensi dell'art. 20 ACN 2015 con capienza di massimale orario;
- titolari a indeterminato con capienza di massimale orario;

DURATA DELL'INCARICO: fino all'attribuzione dell'incarico a tempo determinato (massimo 6 mesi)

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE: 34 ore settimanali;

AMBITI TERRITORIALI DI ATTIVITA': Zone Elba e Valli Etrusche.

Per quanto attiene a tale tipologia di incarico si applica il trattamento giuridico ed economico previsto dal vigente ACN 2015 e successive integrazioni.

**Requisiti richiesti:**

- titolo di studio: laurea in Medicina
- specializzazione: nella Branca specialistica di Medicina dello Sport o specializzazioni equipollenti e previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2015 del 29 Marzo 2018, in relazione alla branca specialistica oggetto dell'incarico

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

**MARTEDI 20/08/2019**

Le domande si considerano prodotte in tempo utile:

- **se consegnate direttamente, entro il termine fissato dal bando**, all'Ufficio Protocollo sito in Via Antonio Cocchi n. 7/9 - Pisa - lunedì e mercoledì dalle 8.30 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00; martedì, giovedì e venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 - chiuso il sabato;
- **se ricevute, entro il termine fissato dal bando**, dall'Ufficio Protocollo della Zona Pisana Via Cocchi 7/9 lunedì e mercoledì dalle 8.30 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00; martedì, giovedì e venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 - chiuso il sabato (non fa fede il timbro postale);

**U.O.C. Gestione  
Specialisti  
Ambulatoriali e  
Contratti Atipici**

Livorno 0586/223716  
[simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it](mailto:simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it)

Pisa 050/954295  
[serena.dilda@uslnordovest.toscana.it](mailto:serena.dilda@uslnordovest.toscana.it)

Lucca 0583/449884  
[evita.bandiera@uslnordovest.toscana.it](mailto:evita.bandiera@uslnordovest.toscana.it)

Viareggio 0583/449143  
[raffaella.guidi@uslnordovest.toscana.it](mailto:raffaella.guidi@uslnordovest.toscana.it)

Massa 0585/657531  
[roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it](mailto:roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it)

Azienda Usl  
Toscana nord  
ovest  
*sede legale*  
via Cocchi, 7  
56121 Pisa

- Se inviate entro il termine di scadenza tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato – *esclusivamente in un unico file formato PDF* – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

➤ N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice avviso **MEDICINA DELLO SPORT ELBA/VALLI ETRUSCHE**

nell'oggetto della domanda e in particolare nell'oggetto del messaggio di trasmissione in caso di invio della stessa per posta elettronica certificata: 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 2015.

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 U.O. C. Gestione Specialisti Ambulatoriali e Contratti Atipici, tel. 050/954209 – 0586/223716.

**Il Direttore**  
**UOC Gestione Specialisti**  
**ambulatoriali e contratti atipici**  
**F.to Maida Pistolesi**

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

**Oggetto: domanda per l'attribuzione di n. 1 incarico provvisorio di Specialistica ambulatoriale – branca specialistica Medicina dello Sport – codice avviso MEDICINA DELLO SPORT ELBA/VALLI ETRUSCHE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di incarico provvisorio di specialistica ambulatoriale nella branca di Medicina dello Sport.

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 veritiere:**

1. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_;

a) titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;

b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

c) specializzazione: \_\_\_\_\_ conseguita presso: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;

di avere svolto o di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica come titolare, sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato

presso \_\_\_\_\_ per n. ore .....dal .....al .....

presso \_\_\_\_\_ per n. ore .....dal .....al .....

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.

**Allega curriculum redatto su conforme modello europeo datato e firmato e copia fotostatica di un valido documento di identità.**

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo o pec:

Sig. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ (Tel. \_\_\_\_\_)

Pec \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_