

13/08/2019

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO AI SENSI DELL'ART. 18, CO 1 E 2 ACN 17 DICEMBRE 2015– (in seguito ACN 2015) BRANCA MEDICINA DELLO SPORT – CODICE DI RIFERIMENTO DA INDICARE NELLA DOMANDA: **COMPLETAMENTO ORARIO MEDICINA DELLO SPORT**

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest pubblica l'avviso per il conferimento delle seguenti ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ai sensi di quanto previsto dall'art. 18, co 1 e 2 ACN/2015.

- 1) n. 38 ore settimanali presso la Zona Valli Etrusche
- 2) n. 10 ore settimanali presso la Zona Lunigiana.

Possono partecipare gli specialisti ambulatoriali, titolari presso l'Azienda UsI Toscana Nordovest di incarico a tempo indeterminato nella branca con immediata capienza di massimale orario, o con capienza di massimale orario a seguito di rinuncia, da dichiararsi esplicitamente all'atto della domanda, di altro turno intero di lavoro (mattina o pomeriggio).

Si ricorda che le ore resesi disponibili, saranno assegnate, nell'ambito delle disponibilità pervenute, con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico.

A parità di anzianità di incarico a tempo indeterminato, prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età.

Si ricorda che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 18, co 2 dell'ACN/2015, allo specialista che rinunci al completamento in oggetto, se già assegnato allo stesso ambito provinciale presso il quale è proposto il completamento orario, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa azienda per un anno, fatte salve le condizioni permanenti e documentate di impedimento alla autonomia per raggiungere le sedi previste. La mancata ed esplicita comunicazione di accettazione sarà considerata rinuncia.

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredata, di documento di identità**, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest - Via COCCHI, 7/9 - 56121 PISA, entro il termine perentorio del

MARTEDI 20 AGOSTO 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);
- **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



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

Livorno 0586/223716
simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it

Pisa 050/954295
serena.dilda@uslnordovest.toscana.it

Lucca 0583/449884
evita.bandiera@uslnordovest.toscana.it

Viareggio 0583/449143
raffaella.guidi@uslnordovest.toscana.it

Massa 0585/657531
roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it

Azienda UsI
 Toscana nord ovest
sede legale
 via Cocchi, 7
 56121 - Pisa
 P.IVA: 02198590503



**N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice avviso
COMPLETAMENTO ORARIO MEDICINA DELLO SPORT**

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

Azienda USL Toscana nord ovest

Oggetto: domanda per l'attribuzione di n. ore a completamento orario ex art. 18 ACN/2015 – branca specialistica Medicina dello Sport – codice avviso COMPLETAMENTO ORARIO MEDICINA DELLO SPORT

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ex applicazione art. 18 ACN/2015 nella branca di Medicina dello Sport.

Nello specifico dichiara di accettare la proposta di completamento orario, dichiarandosi disponibile all'acquisizione dei seguenti turni:

n. ore: _____ Zona: _____

n. ore: _____ Zona: _____

di rinunciare contestualmente (eventuale) al seguente turno:

n. ore: _____ Zona: _____

pervenendo, in caso di attribuzione ore a un totale ore settimanali _____.

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:**

di essere titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato come di seguito specificato:

pressoper n. oredal
.....

pressoper n. oredal
.....

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 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 _____

