

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI DUE INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO DI
MEDICO AGOPUNTORE – CODICE DI RIFERIMENTO DA INDICARE NELLA
DOMANDA: **LPAGO2019**

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest ha necessità di disporre della seguente figura professionale: **medico agopuntore**

per il conferimento di due incarichi di lavoro autonomo per prestazioni proprie della disciplina.

DURATA: un anno

IMPEGNO ORARIO: 6 ore settimanali

AMBITO TERRITORIALE: Lucca

COMPENSO LORDO ONNICOMPENSIVO: 24 euro l'ora per un importo complessivo massimo di 7.488 euro

(Deliberazione del Direttore Generale n. 859 del 02/10/2019)

Requisiti richiesti:

1. titolo di studio: laurea magistrale in Medicina e Chirurgia;
2. iscrizione alla lista dei medici esperti in agopuntura dell'ordine provinciale di appartenenza;
3. capacità di condurre progetti di ricerca clinica per la valutazione di efficacia dell'agopuntura in oncologia integrata;

In caso di attribuzione dell' incarico di lavoro autonomo il professionista dovrà:

- aprire partita IVA;
- stipulare assicurazione infortuni;
- stipulare assicurazione responsabilità civile.

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredato, necessariamente, di curriculum formativo e professionale stampato con inchiostro nero e - PENA ESCLUSIONE - 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

24 ottobre 2019

Alla domanda deve essere altresì allegata - PENA ESCLUSIONE - copia non autenticata di un valido documento di identità.

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

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice avviso **LPAGO2019** 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 comparativa dei curricula pervenuti (formato europeo)** tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, oltre a formazione accademica - attività professionali - attività formative, di studio e aggiornamento - attività didattica - attività scientifica.

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta potranno essere invitati ad un colloquio individuale di approfondimento. La data dell'eventuale colloquio, nonché l'esito della procedura, saranno resi noti esclusivamente mediante pubblicazione sul sito ufficiale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest nella sezione "bandi e concorsi".

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente.

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. 050/954304.

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

Oggetto: domanda di ammissione alla procedura comparativa per l'attribuzione di due incarichi di lavoro autonomo di medico agopuntore – codice avviso LPAGO2019.

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di due incarichi individuali per il profilo professionale di medico agopuntore di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 859 del 02/10/2019;

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 veritieri:**

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in Via _____ n. _____;
2. di essere in possesso della cittadinanza _____⁽¹⁾;
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____⁽²⁾;
4. di avere il seguente codice fiscale _____;
5. di provvedere in caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo a:
 - aprire partita iva
 - stipulare assicurazione infortuno
 - stipulare assicurazione responsabilità civile
6. di non avere riportato condanne penali _____⁽³⁾;
7. di non avere procedimenti penali in corso _____⁽⁴⁾;
8. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:
 - a) titolo di studio: _____ conseguito presso _____, nell'anno _____;
 - b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di _____ dal _____;
 - c) **documentata esperienza professionale** (specificare) _____

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:

Sig. _____ Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____ (Tel. _____)

Data _____

_____ firma

Note:

(¹) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(²) in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(³) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

(⁴) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

Azienda USL Toscana nord ovest



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