

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO AI SENSI DELL'ART. 20, CO 1 E 2 ACN 31/03/2020– (in seguito ACN 2020) .

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest pubblica il presente avviso per il conferimento delle seguenti ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ai sensi di quanto previsto dall'art. 20, co 1 e 2 ACN/2020:

Branca Specialistica/ Area professionale	Ambito Territoriale	Codice da indicare nella domanda	Sede di servizio	Codice domanda	Con accertamento di particolari capacità professionali
Odontoiatria	Livorno	COCZ461	5 ore settimanali	Piombino-Perticale (mercoledì)	
Odontoiatria	Lucca	COCZ462	2 ore settimanali	Castelnuovo (giovedì 10:00-1200)	

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

La disponibilità all'acquisizione di ore con contestuale rinuncia allo stesso numero di ore, non determinando sostanzialmente un incremento orario ma solo una mobilità, equivale a rinuncia.

Si ricorda che i turni vacanti in oggetto, saranno assegnati, 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. 20, co.1 e 2 dell'ACN/2020, allo specialista che rinunci al completamento in oggetto, se precedentemente assegnato allo stesso ambito provinciale presso il quale risultino ore vacanti, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa azienda per il periodo corrispondente a due turni di pubblicazione (sei mesi).

La mancata ed esplicita comunicazione di accettazione, effettuata secondo le modalità indicate, è considerata rinuncia.

Sono inoltre applicate le conseguenze di cui all'art. 45, co. 8 ACN/2020 e le stesse saranno valutate in occasione di successive prove di completamento orario.

Si ricorda inoltre che per i turni vacanti per i quali è prevista l'assegnazione funzionale a UU.OO. Ospedaliere presso le quali siano attivati gli istituti della pronta disponibilità, o sia prevista attività in giorni festivi, notturni o festivi notturni, le stesse attività dovranno essere assicurate dal personale specialista ambulatoriale incaricato.

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

LUNEDI 22 MARZO 2021

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

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

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice identificativo del turno, riportato nel prospetto di cui sopra, 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 2020.

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.

12/03/2021

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

Oggetto: domanda per l'attribuzione di ore a completamento orario ex art. 20 ACN/2020;
branca specialistica _____; codice avviso _____

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ex applicazione art. 20 ACN/2020 nella branca di _____.

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:

presso per n. ore dal

presso per n. ore dal

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 _____