

31/05/2021

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AI SENSI DELL'ART. 23 ACN 31/03/2020– (in seguito ACN 2020) BRANCA GERIATRIA – CODICE DI RIFERIMENTO DA INDICARE NELLA DOMANDA: **PROVVISORIO CZ25**

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest ha necessità di conferire il seguente incarico provvisorio:

BRANCA: Geriatria

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

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE: 38 ore settimanali;

AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITA': Presidio Ospedaliero Garfagnana



Possono partecipare i medici in possesso di uno o più diplomi di specializzazione previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2020, 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. 22 ACN 2020 con capienza di massimale orario;
- titolari a indeterminato con capienza di massimale orario;

Per quanto attiene a tale tipologia di incarico si applica il trattamento giuridico ed economico previsto dal vigente ACN 2020 e successive integrazioni.

Requisiti richiesti:

- titolo di studio: laurea in Medicina
- specializzazione: nella Branca specialistica di Geriatria o specializzazioni equipollenti e previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2020, 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

LUNEDI 7 GIUGNO

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;

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

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 **PROVVISORIO CZ25**

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.

**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 incarico provvisorio di Specialistica ambulatoriale; codice avviso: PROVVISORIO CZ25

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di un incarico provvisorio di specialistica ambulatoriale nella branca di _____

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. _____;
- 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. oredalal
presso _____ per n. oredalal

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 _____