

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO RISERVATO AI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO L'AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST, AI SENSI DELL'ART. 20, CO 1 E 2 ACN 31/03/2020.

L' Azienda USL Toscana Nord Ovest pubblica gli avvisi 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:

TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO					
Branca Specialistica/ Area professionale	Ambito Territoriale	Codice da riportare in oggetto nella domanda	Orario settimanale	Sede di servizio	Con accertamento di particolari capacità professionali
Cardiologia	Massa	CO CZ08	8 ore settimanali	Distretto di Fivizzano	
Geriatria	Lucca	CO CZ25	38 ore settimanali	Presidio Ospedaliero di Castelnuovo Garfagnana	Finalizzato ad attivazione di Guardia Cardiologica Internistica
Medicina dello sport	Massa Carrara	CO CZ321	24 ore settimanali	Avenza	
Medicina dello sport	Livorno	CO CZ322	6 ore settimanali	Portoferraio	
Oculistica	Massa Carrara	CO CZ45	16 ore settimanali	8 ore Zona Lunigiana 8 ore Zona Apuane	
Ostericia e Ginecologia	Livorno	CO CZ501	12 ore settimanali	UF. Consultoriale Livorno	
Ostericia e Ginecologia	Massa Carrara	CO CZ502	20 ore settimanali	UF. Consultoriale Lunigiana	
Ostericia e Ginecologia	Lucca	CO CZ503	24 ore settimanali	UF. Consultoriale Valle del Serchio	

Possono partecipare esclusivamente 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.

Nel caso in cui per il turno vacante sia richiesto il possesso di specifiche capacità professionali, si potrà procedere al completamento orario esclusivamente per gli specialisti/professionisti ambulatoriali, che avendo già precedentemente superato, in Azienda, una procedura selettiva per l'accertamento delle medesime specifiche capacità professionali, abbiano necessità di incrementare il proprio monte orario. Diversamente i candidati interessati potranno partecipare alla procedura selettiva da effettuarsi a seguito di ordinaria pubblicazione.

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.

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

MERCOLEDÌ 9 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; 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 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.

01/06/2021

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



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

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

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

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 veritieri:**

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 _____