

03/06/2021

AVVISO PER INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, EX ART. 19, CO.12 ACN/2020 RISERVATO AI NON ISCRITTI NELLA GRADUATORIA ANNUALE VIGENTE.

CODICE AVVISO: **GRADCO12**

Con il presente avviso è attivato il bando per la costituzione delle graduatorie della specialistica ambulatoriale, da costituirsì, ex. Art. 19, co. 12 ACN/2020.

L'avviso è riservato a chi non risulti ancora iscritto nella graduatoria annuale, approvata dall'Azienda per l'anno in corso, ai sensi dell'acn/2020, art. 19. co. 10 e sia interessato al conferimento di incarichi di specialistica ambulatoriale provvisori, di sostituzione o a tempo determinato.

Lo stesso è limitato alla richiesta di iscrizione nelle seguenti branche specialistiche:

Branca Specialistica/ Area professionale	Codice da riportare in oggetto nella domanda
Anestesia e Rianimazione	CZ03
Biologia (professionisti)	CZ67
Cardiologia	CZ08
Fisiokinesiterapia	CZ21
Geriatria	CZ25
Medicina dello sport	CZ32
Nefrologia	CZ38
Neurologia	CZ42
Neuropsichiatria Infantile	CZ43
Oculistica	CZ45
Ortopedia	CZ49
Ostericia e Ginecologia	CZ50
Psichiatria	CZ55

Possono partecipare i medici in possesso di uno o più diplomi di specializzazione previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2020, in relazione alla branca di interesse, e che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- non iscritti nella graduatoria relativa alla branca in oggetto, approvata dall'Azienda per l'anno in corso;
- specialisti, vterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, art. 19, ACN/2020.

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredata, di curriculum formativo e professionale su conforme modello europeo, datato e firmato**, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest – Viale Alfieri 36
Livorno entro il termine perentorio di:

MARTEDÌ 15 GIUGNO

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice avviso:

GRADCO12

nell'oggetto della domanda.

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.

03/06/2021

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

MARCA
DA BOLLO
€ 16,00

All'Azienda USL TOSCANA NORDOVEST
UOC GESTIONE SPECIALISTI AMBULATORIALI E
CONTRATTI ATIPICI
VIALE ALFIERI 36 57124 LIVORNO

Azienda USL Toscana nord ovest



DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA EX ART. 19. CO. 12: SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

VALEVOLE PER L'ANNO 2021

ex art. 19, co. 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31/03/2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....) il..... M__F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....(obbligatorio)
PEC.....email.....
(obbligatoria)

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....CODICE*.....
- medici veterinari: area.....CODICE*.....
- biologiCODICE*.....
- chimiciCODICE*.....
- professionisti psicologiCODICE*.....
- professionisti psicoterapeutiCODICE*.....

* riportare le codifiche di branca/area prof.le indicate in calce.

a valere per l'anno 2021 relativamente all'ambito zonale di (è possibile inserire da 1 a 4 preferenze):

MASSA CARRARA

LIVORNO

LUCCA

PISA

A tale fine acclude autocertificazione, relativa al possesso dei requisiti e dei titoli valutabili per l'inserimento in graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dalla residenza):

.....
Data..... Firma per esteso.....



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....) il..... M_F__ Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzon.....Cap.....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritieri,
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:



– di essere cittadino italiano;
– di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE, (specificare).....

– di possedere la laurea magistrale a ciclo unico in
conseguita presso l'Università di..... in data...../...../..... con
voto/.....

senza lode con lode;
– di possedere il diploma di laurea triennale in.....
conseguito presso l'Università di..... in data...../...../..... con
voto/.....

senza lode con lode;
– di possedere il diploma laurea specialistica biennale in.....
conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....
con voto/.....

senza lode con lode;

– di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)
in data...../...../..... presso l'Università di.....;

– di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale
di..... a decorrere dalla data/...../.....

– di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione quadriennale in:

1) conseguita
il...../...../..... presso l'Università di..... con voto...../.....
senza lode con lode

- 2) conseguita
 il...../...../..... presso l'Università di..... con voto...../.....
 senza lode con lode
- 3) conseguita
 il...../...../.....
 presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

DICHIARA INOLTRE

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali.**

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'Acn/2020 per l'inserimento nelle singole graduatorie;
- La mancanza della firma nella domanda;
- La mancanza del documento di identità
- La mancata acclusione alla domanda di documento di riconoscimento (identità) in corso di validità, trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione.
- La presenza di dichiarazioni mendaci eventualmente riscontrate a seguito dei controlli effettuati dall'Amministrazione circa il contenuto delle dichiarazioni rilasciate anche in merito a servizi prestati a titolo diverso rispetto a contratti di Specialistica Ambulatoriale.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....

Firma per esteso

Allega copia di valido documento di identità valido.