

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 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:

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
Odontoiatria	Lucca	COCZ461	35 ore settimanali	Vedere allegato 1	/
Odontoiatria	Massa Carrara	COCZ462	38 ore settimanali	Vedere allegato 2	/
Psicologia per Professionisti	Livorno	COCZ69	7 ore settimanali	Presidio Ospedaliero Livorno	Competenze neuropsicologiche nella diagnosi e nel trattamento delle malattie neurologiche

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 (non massimalisti).

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. Gli altri candidati interessati potranno partecipare alla procedura selettiva da effettuarsi a seguito di ordinaria pubblicazione.

**UOC
ACQUISIZIONE
RISORSE DA
CONVENZIONI
UNICHE
NAZIONALI**

Si ricorda che i turni vacanti di cui sopra, saranno assegnati, nell'ambito delle disponibilità pervenute, con priorità a coloro che esercitano la propria attività professionale nell'ambito territoriale (provinciale) in cui è segnalata la carenza e secondo i seguenti criteri: maggiore anzianità di incarico, in subordine maggior numero di ore in incarico possedute, anzianità di specializzazione, 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 le ore vacanti, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa azienda per il periodo corrispondente ai due turni successivi di pubblicazione rispetto a quello nel quale saranno pubblicate le ore vacanti proposte.

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

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

Sono inoltre applicate le conseguenze di cui all'art. 45, co. 8 ACN/2020 e all'art. 4 AIR/2021.

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 entro il termine perentorio di

VENERDI 30 LUGLIO

Le domande devono essere inviate **entro le ore 23:00** del 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: **cc.uu.nn.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 di 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 e AIR RT 2021.

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.



22/07/2021

Direttore
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni
Uniche Nazionali
Dr. Emilio Carlo Di Spigno

All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest
cc.uu.nn.uslnordovest@postacert.toscana.it

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: _____

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 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 _____