

**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 l'eventuale conferimento delle seguenti ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ai sensi di quanto previsto dall'art. 20, co 1 e 2 ACN/2020:

<b>TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO</b>					
<b>Brancha Specialistica/ Area professionale</b>	<b>Ambito Territoriale</b>	<b>Codice da riportare in oggetto nella domanda</b>	<b>Orario settimanale</b>	<b>Sede di servizio</b>	<b>Con accertamento di particolari capacità professionali</b>
<b>Biologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CO CZ67</b>	38 ore settimanali	Isola d'Elba	per biologi con Specializzazione in Patologia Clinica o Biochimica Clinica
<b>Oculistica</b>	<b>Massa Carrara</b>	<b>CO CZ45</b>	22 ore settimanali	8 ore distretto Massa Centro 9 ore distretto bassa Tambura 4 ore Fivizzano 1 ora Avenza	
<b>Odontoiatria</b>	<b>Livorno</b>	<b>CO CZ46</b>	10 ore mensili in unica giornata	Isola di Gorgona Presidio Carcerario	

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 4 FEBBRAIO

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: **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 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

27/01/2022

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

All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest  
[direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.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 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 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 \_\_\_\_\_



**UOC  
ACQUISIZIONE  
RISORSE DA  
CONVENZIONI  
UNICHE  
NAZIONALI**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_