

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
Biologia (professionisti)	Massa Carrara	CZ67	20 ore settimanali	UOC Anatomia Patologica Carrara	
Cardiologia	Livorno	CZ08	38 ore settimanali	20 ore PO Livorno-Rosignano 18 ore PO Piombino (guardia attiva)	
Cardiologia	Lucca-Versilia	CZ08	12 ore settimanali	Barga e Castelnuovo	
Cardiologia	Massa Carrara	CZ08	20 ore settimanali	Zona Apuane e Lunigiana	
Cardiologia	Lucca-Versilia	CZ08	38 ore settimanali	Versilia	
Cardiologia	Lucca-Versilia	CZ08	38 ore settimanali	Piana di Lucca e Valle del Serchio	
Dermatologia	Livorno	CZ15	20 ore settimanali	Zona Valli Etrusche	Dermochirurgia
Dermatologia	Livorno	CZ15	38 ore settimanali	Presidio Ospedaliero Livorno	
Neurologia	Massa Carrara	CZ42	20 ore settimanali	Apuane e Lunigiana	
Neurologia	Massa Carrara	CZ42	18 ore settimanali	Apuane e Lunigiana	<i>Competenza nella valutazione neurologica dei pazienti ricoverati o afferenti ai P.S. padronanza delle tecniche neurosonologiche</i>
Oculistica	Pisa	CZ451	32 ore settimanali	Alta Val di Cecina e Valdera	
Oculistica	Massa Carrara	CZ45	32 ore settimanali	Massa centro, Montignoso, Avenza, Carrara	
Oncologia	Lucca-Versilia	CZ47	10 ore settimanali	Piana di Lucca	<i>Esperto in medicine complementari</i>
Ortopedia	Livorno	CZ49	38 ore settimanali	Zona Livornese Po Livorno	
Ostetricia e Ginecologia	Livorno	CZ50	5 ore settimanali	Zona Valli Etrusche	
Ostetricia e Ginecologia	Massa Carrara	CZ50	38 ore settimanali	UF Consultorio Lunigiana	
Otorinolaringoia tria	Lucca-Versilia	CZ51	38 ore settimanali	Piana di Lucca	
Pneumologia	Pisa	CZ54	6 ore settimanali	Zona Pisa	

Psicologia (per professionisti)	Massa Carrara	CZ69	6 ore settimanali	UF Salute Mentale Infanzia e Adolescenza	Specifico formazione ed esperienza nell'ambito della diagnosi e della presa in carico degli utenti in età evolutiva; specifico formazione ed esperienza nell'ambito della neuropsicologia dello sviluppo e in particolare dei disturbi specifici dell'apprendimento e dei disturbi dello spettro autistico; comprovata esperienza pluriennale di presa in carico multiprofessionale di minori con o senza disabilità e lavoro in équipe integrate con neuropsichiatria infantile, servizio sociale, tribunale dei minori e istituzioni scolastiche e per i disturbi di psicopatologia e di neuropsicologia dell'età evolutiva
--	--------------------------	-------------	--------------------------	---	--

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.

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.

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 **corredato, di documento di identità**, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest entro il termine perentorio di:

**UOC
ACQUISIZIONE
RISORSE DA
CONVENZIONI
UNICHE
NAZIONALI**

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

GIOVEDÌ 10 MARZO

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

01/03/2022

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

CODICE: _____

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:

pressoper n. oredal

pressoper n. oredal

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 _____