

01/03/2022

AVVISO PER INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, EX ART. 19, CO.12 ACN/2020 RISERVATO AI NON ISCRITTI NELLA GRADUATORIA ANNUALE VIGENTE E VALEVOLE PER L'ANNO 2022.
CODICE AVVISO: **GRADCO12**

Con il presente avviso è attivato il bando per la costituzione delle graduatorie della specialistica ambulatoriale, da costituirsi, 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.

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 annuale relativa alla branca in oggetto, approvata dall'Azienda per l'anno in corso;
- specialisti, veterinari 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, e corredata di documento di identità, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest, esclusivamente tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato – in un unico file formato PDF – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

entro il termine di

MARTEDI 15 MARZO

Il bollo da € 16,00 dovrà essere versato con il modello F23 (posta o banca: campo codice TZZ – Ufficio territoriale Pisa – Codice tributo 456T) da allegare in copia a dimostrazione dell'avvenuto pagamento.

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare nell'oggetto della domanda il codice avviso:

GRADCO12

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.

01/03/2022

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



Azienda USL Toscana nord ovest

Obbligo di bollo:

L'assolvimento dell'obbligo di bollo da € 16,00 dovrà essere versato con il modello F23 (posta o banca: campo codice TZZ – Ufficio territoriale Pisa – Codice tributo 456T).

Da allegare in copia a dimostrazione dell'avvenuto pagamento.

A Azienda USL Toscana Nordovest
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni Uniche Nazionali

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

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

VALEVOLE PER L'ANNO 2022

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 veritiere, 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.