

AVVISO PER INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, EX ART. 19, CO.12 ACN/2021 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/2021.

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/2021, 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/2021, 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/2021.

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

GIOVEDÌ 15 SETTEMBRE

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/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 .

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

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 DI DISPONIBILITA' 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 31/03/2021 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

**ESCLUSIVAMENTE PER I LAUREATI IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA E I
 LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA, ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:**

4) di aver svolto i seguenti incarichi:

AZIENDA/ENTE	DA	A

5) di avere la seguente anzianità di incarico di odontoiatra a tempo determinato, incarico provvisorio o affidamento di sostituzione : ai sensi di quanto previsto dalla Norma finale 7 dell'ACN/2021.

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/2021 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.

Allega copia di valido documento di identità valido.

Data.....

Firma per esteso