

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AI SENSI DELL'ART. 23 ACN 31/03/2020– (in seguito ACN 2020)

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest ha necessità di conferire i seguenti incarichi provvisori:

1) BRANCA: Allergologia (richiesta specializzazione in Allergologia o Immunologia Clinica)

DURATA DELL'INCARICO: fino all'attribuzione dell'incarico a tempo indeterminato corrispondente (massimo 6 mesi)

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE: 30 ore mensili;

AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITÀ: Lunigiana e Apuane (UOSD Reumatologia); sono previsti turni reperibilità e turni notturni/festivi

CODICE TURNO: CZ01

2) BRANCA: Chirurgia Generale (per UOC Chirurgia Oncologica Ricostruttiva)

DURATA DELL'INCARICO: fino all'attribuzione dell'incarico a tempo indeterminato corrispondente (massimo 6 mesi)

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE: 38 ore settimanali;

AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITÀ: Presidio Ospedaliero Livorno

CODICE TURNO: CZ09

3) BRANCA: Geriatria

DURATA DELL'INCARICO: fino all'attribuzione dell'incarico a tempo indeterminato corrispondente (massimo 6 mesi)

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE: 12 ore settimanali;

AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITÀ: Zona Elba

CODICE TURNO: CZ25

Possono partecipare i medici in possesso di uno o più diplomi di specializzazione previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2020, in relazione alla branca specialistica oggetto dell'incarico, e iscritti nella graduatoria aziendale relativa alla branca in oggetto;

Per quanto attiene a tale tipologia di incarico si applica il trattamento giuridico ed economico previsto dal vigente ACN 2020 e successive integrazioni.

Requisiti richiesti:

- titolo di studio: laurea in Medicina;
- **specializzazione: nella Branca specialistica oggetto dell'incarico o specializzazioni equipollenti e previsti dall'allegato 2 dell'ACN/2020, in relazione alla branca specialistica oggetto dell'incarico;**

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredato, di curriculum formativo e professionale redatto su conforme modello europeo, datato e firmato**, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest, entro il termine perentorio del

LUNEDI 6 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 nella domanda il codice avviso: INCAPROV23

Tale codice deve essere inserito anche nell'oggetto della domanda **e in particolare nell'oggetto del messaggio di trasmissione** 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 disgridi 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
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.

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

Oggetto: domanda per l'attribuzione di incarico provvisorio di Specialistica ambulatoriale; codice avviso: INCAPROV23

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di un incarico provvisorio di specialistica ambulatoriale nella branca di _____.

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:

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in Via _____ n. _____;

a) titolo di studio: _____ conseguito presso _____, il _____ nell'anno _____;

b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di _____ dal _____;

c) specializzazione: _____ conseguita presso: _____ il _____ nell'anno _____;

2. di avere svolto o di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica come titolare, sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato

presso _____ per n. oredalal _____

presso _____ per n. oredalal _____

3. di essere iscritto nella graduatoria annuale per la branca _____ dell'Azienda Usl Toscana Nordovest.

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

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 curriculum redatto su conforme modello europeo datato e firmato e copia fotostatica 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 _____

