

Obbligo di bollo:

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

Da allegare in copia a dimostrazione dell'avvenuto pagamento.

All'Azienda USL TOSCANA NORDOVEST
UOC Acquisizione Risorse da Convenzioni Uniche Nazionali

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Oggetto: GRADSPA2026 _____ **(inserire codice specifico disciplina)**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI E
ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)**

VALEVOLE PER L'ANNO 2026

ex art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 07 febbraio 2024 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 allegato.*

a valere per l'anno 2026 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/...../.....n. iscrizione.....

- di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione 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;**
- di avere svolto, ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, approvato in data 07/02/2024 - presso Aziende Sanitarie ed altre istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, MINISTERO della DIFESA, SASN, ecc) la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, in qualità di specialista/professionista ambulatoriale sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato:

NB: (INDICARE ESCLUSIVAMENTE IL SERVIZIO SVOLTO FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA IN QUALITÀ DI SPECIALISTA AMBULATORIALE. NON INDICARE ATTIVITÀ SVOLTA AD ALTRO TITOLO, ES. CON RAPPORTO DI DIPENDENZA O CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE, PENA L'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA).

NB: NON È VALUTABILE IL SERVIZIO EFFETTUATO PRECEDENTEMENTE AL 2 OTTOBRE 2000.

| BRANCA SPEC/ AREA PROF.LE | AZIENDA/ENTE | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI | DAL | AL |
|------------------------------|--------------|--------------------|------------|-----|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'Acn/2024 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.

IL SOTTOSCRITTO

PRESTA

libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche mediante strumenti informatici e/o telematici e anche attraverso la pubblicazione sul sito interno aziendale, dei dati personali, dei recapiti telefonici e indirizzi e-mail dichiarati, al fine di fornire alle strutture interne all'azienda eventuali contatti per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse al conferimento di incarichi di specialistica ambulatoriale, anche di sostituzione, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi indicati nell'informativa sotto riportata.

INFORMAZIONI RESE ALL'INTERESSATO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio n° 679 del 27 aprile 2016, La informiamo che i dati personali che La riguardano, riportati nella "Domanda di inclusione nella graduatoria 2024" e nella "Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio" saranno trattati per le sole finalità amministrative concernenti l'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2025.

Il trattamento avverrà in modalità cartacea ed informatica, riguarderà dati comuni, cioè non "particolari, e si svolgerà per il tempo minimamente necessario alle finalità della raccolta, decorso il quale si procederà con la cancellazione/distruzione del materiale e delle informazioni di cui si tratta.

Il fondamento di liceità del trattamento è costituito dall'interesse pubblico perseguito e la sua base giuridica è rappresentata dalla normativa di settore.

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto l'Azienda non sarebbe in grado di dar seguito all'inserimento della S.V. nella graduatoria di cui si tratta.

I dati personali (esclusivamente nome cognome e posizione in graduatoria) saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'Azienda Usl Toscana Nordovest. Sul sito aziendale interno, per le finalità sopra richiamate, saranno pubblicati oltre che il nome e cognome e la posizione in graduatoria anche i recapiti telefonici dalla S.V. dichiarati nella presente domanda.

In particolare il Suo numero di telefono ed il Suo indirizzo e-mail potranno essere resi disponibili dalla Unità Operativa competente alle strutture aziendali interne che avessero necessità di contattarLa per le finalità strettamente indispensabili al corretto svolgimento della pratica.

Responsabile del trattamento è Il Direttore della UOC Acquisizione Risorse da Convenzioni Uniche Nazionali.

Il Responsabile Aziendale per la Protezione dei dati è contattabile all'indirizzo rpd@uslnordovest.toscana.it.

Sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo sulla Privacy.

Con la firma in calce alla presente Lei dichiara anche di accettare l'utilizzo dei Suoi dati personali con le modalità esposte nelle presenti Informazioni.

Data.....Firma per esteso

La candidatura per l'iscrizione nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale dovranno essere inviate, tassativamente, pena esclusione, dall' 01/01/2025 al il 31/01/2025, 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

Nell'oggetto della domanda dovrà essere indicato: GRADSPA2026_____ (codice branca di interesse di cui all'elenco di seguito riportato)

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

Per ogni branca specialistica o area professionale per la quale si richiede l'inserimento in graduatoria, dovrà essere inviata una specifica domanda completa di tutta la documentazione necessaria alla valutazione del possesso dei requisiti e titoli di studio e professionali;

Laddove i dati riportati nella domanda risultino incompleti, non saranno valutati. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività con relativi recapiti telefonici e/o mail.

CODICE BRANCHE MEDICHE

CZ01 ALLERGOLOGIA
CZ02 ANATOMIA PATOLOGICA
CZ03 ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CZ04 ANGIOLOGIA
CZ05 AUDIOLOGIA E FONIATRIA
CZ06 BIOCHIMICA CLINICA
CZ07 CARDIOCHIRURGIA
CZ08 CARDIOLOGIA
CZ09 CHIRURGIA GENERALE
CZ10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
CZ11 CHIRURGIA PEDIATRICA
CZ12 CHIRURGIA PLASTICA
CZ13 CHIRURGIA TORACICA
CZ14 CHIRURGIA VASCOLARE
CZ71 CURE PALLIATIVE
CZ15 DERMATOLOGIA
CZ16 DIABETOLOGIA
CZ17 EMATOLOGIA
CZ18 ENDOCRINOLOGIA
CZ19 FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA
CZ20 FISICA SANITARIA
CZ21 FISIOKINESITERAPIA
CZ23 GASTROENTEROLOGIA
CZ24 GENETICA MEDICA
CZ25 GERIATRIA
CZ26 IDROCLIMATOLOGIA
CZ27 IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA
CZ28 MALATTIE INFETTIVE
CZ29 MEDICINA E CHIR. D'ACCETTAZ. E D'URGENZA
CZ30 MEDICINA INTERNA
CZ31 MEDICINA DEL LAVORO
CZ32 MEDICINA DELLO SPORT
CZ33 MEDICINA DI COMUNITA'
CZ34 MEDICINA LEGALE
CZ35 MEDICINA NUCLEARE
CZ36 MEDICINA TRASFUSIONALE
CZ37 MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
CZ38 NEFROLOGIA
CZ39 NEONATOLOGIA
CZ40 NEUROCHIRURGIA
CZ41 NEUROFISIOPATOLOGIA
CZ42 NEUROLOGIA
CZ43 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
CZ44 NEURORADIOLOGIA
CZ45 OCULISTICA
CZ46 ODONTOIATRIA
CZ47 ONCOLOGIA
CZ48 ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI
CZ49 ORTOPEDIA
CZ50 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
CZ51 OTORINOLARINGOIATRIA
CZ52 PATOLOGIA CLINICA
CZ53 PEDIATRIA
CZ54 PNEUMOLOGIA
CZ55 PSICHIATRIA
CZ56 PSICOLOGIA
CZ57 PSICOTERAPIA
CZ58 RADIODIAGNOSTICA
CZ59 RADIOTERAPIA
CZ60 REUMATOLOGIA
CZ61 SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE
CZ62 TOSSICOLOGIA MEDICA
CZ63 UROLOGIA

CODICE AREE PROFESSIONALI (NON MEDICI)

CZ67 BIOLOGIA (BIOLOGI)
CZ68 CHIMICA
CZ69 PSICOLOGIA (PSICOLOGI)
CZ70 PSICOTERAPIA (PSICOLOGI)

CODICE MEDICINA VETERINARIA

CZ64 SANITA' ANIMALE (A)
CZ65 IGIENE E TRASFORMAZIONE ALIMENTI (B)
CZ66 IGIENE E TRASFORMAZIONE ANIMALE (C)