



Scadenza 23 ottobre 2019

AVVISO PUBBLICO PER SOLI TITOLI PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIE PER ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA VALIDE PER L'ANNO 2020 – ambiti territoriali di Firenze, Empoli, Prato e Pistoia dell'Azienda USL Toscana Centro.

In esecuzione della delibera del Direttore Generale n. 1316 del 19/09/2019 l'Azienda USL Toscana Centro indice un avviso pubblico per soli titoli per formulare graduatorie, valide per l'anno 2020, da utilizzare per il conferimento di eventuali incarichi annuali di collaborazione libero professionale a medici non dipendenti per lo svolgimento di attività di medicina necroscopica negli ambiti territoriali di Firenze, Empoli, Prato e Pistoia.

Alla selezione possono partecipare medici non dipendenti ancorché titolari di convenzione con l'Azienda USL Toscana Centro o con altra Azienda Sanitaria.

Il conferimento dell'incarico da parte dell'Azienda non comporta l'instaurazione di alcun rapporto di lavoro dipendente, bensì di un rapporto di lavoro autonomo ai sensi dell'art. 2222 del cod. civ. soggetto al possesso di partita IVA.

La domanda di partecipazione, da redigere utilizzando il fac-simile riportato in calce, **con allegata copia della ricevuta di pagamento dell'imposta di bollo di 16,00 euro tramite modello F23 (Ufficio/Ente TzM Codice Tributo 456T)** deve essere indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Centro e inviata entro il termine perentorio del trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul sito istituzionale aziendale.

Le domande e la documentazione allegata devono essere inviate esclusivamente mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: acquisizionerisorseumane.uslcentro@postacert.toscana.it, secondo quanto previsto dall'art. 65 del D.lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura "AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIE ANNUALI PER ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA ANNO 2020".

La validità della mail è subordinata all'utilizzo da parte dei candidati di casella di posta elettronica certificata PERSONALE. La domanda e gli allegati devono essere inviati in formato PDF, inserendo il tutto, ove possibile, in un unico file.

La domanda deve recare la firma autografa o digitale, a pena esclusione. In caso di firma autografa alla domanda i candidati dovranno allegare, a pena di esclusione, fotocopia di un documento di identità valido.

Il termine fissato per la presentazione delle domande è perentorio.

Il candidato oltre alle notizie anagrafiche (residenza, domicilio, recapito telefonico, **dovrà rendere le seguenti dichiarazioni personali pena esclusione:**

- Indicazione di eventuali incarichi (di titolarità e/o incarichi a termine) comunque compatibili;

Il candidato deve altresì indicare le eventuali ulteriori domande presentate ad altre Aziende Sanitarie per l'inclusione nelle rispettive graduatorie.

Ha inoltre facoltà di optare per uno o più ambiti territoriali aziendali previsti nel presente bando.

Si precisa che laddove i dati richiesti risultino incompleti al fine di una esauriente valutazione, la commissione preposta alla stesura della graduatoria potrà stabilire di non considerarli validi.

GRADUATORIA

Saranno formulate distinte graduatorie per ciascuno degli ambiti territoriali – Firenze, Empoli, Prato e Pistoia – previsti dal bando, sulla base dei punteggi derivanti dai titoli accademici e di servizio di seguito elencati:

- ✓ punti 0,20 per ciascun mese di attività svolta come medico necroscopo presso un'Azienda USL, precisando che qualora, dalla somma dei mesi residui un periodo superiore a 15 giorni questo varrà come mese intero, laddove un periodo residuo fino a 15 giorni non si considererà ai fini della valutazione;
- ✓ punti 2,00 per il conseguimento del diploma di specializzazione in medicina legale o altra branca definita principale dal DPR 271/2000;
- ✓ punti 0,05 per ciascun anno di iscrizione all'Ordine dei Medici; a tal fine si considera solo l'anno dell'iscrizione senza tenere conto del giorno e del mese;
- ✓ punti 5,00 per la residenza nell'ambito dell'Azienda da almeno due anni dalla data di presentazione della domanda.

A parità di punteggio complessivo prevalgono nell'ordine: il voto di laurea, l'anzianità di laurea, la minore età.

Ai fini di cui sopra il candidato potrà optare per l'ambito territoriale di preferenza. In caso di mancata opzione il candidato sarà inserito in tutte le graduatorie.

Si precisa che solo per l'ambito territoriale di Firenze i candidati verranno inseriti nel rispetto dell'ordine di graduatoria generale per l'ambito territoriale di Firenze in cinque sotto graduatorie di zona in base alla preferenza espressa in sede di redazione della domanda.

Lo svolgimento della attività oggetto del presente avviso avverrà nel rispetto della normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, per quanto applicabile.

Per opportuna conoscenza il regolamento e le norme di riferimento vengono di seguito elencati:

- “Regolamento attività medicina necroscopica affidata a medici non dipendenti dell'Azienda U.S.L.”, approvata con deliberazione della G.R.T. n. 631/03

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n.196 del 30/06/03 e successive modifiche, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso le strutture organizzative dell'Azienda USL Toscana Centro per le finalità di gestione dell'avviso e saranno trattati presso una banca

dati eventualmente automatizzata anche successivamente all'eventuale stipula del contratto, per finalità inerenti alla gestione del medesimo.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della partecipazione alla presente selezione.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente agli enti pubblici interessati alla gestione del rapporto di lavoro autonomo ovvero alle autorità competenti in presenza di un espresso obbligo di legge.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art.7 del D. Lgs. 196/03, tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché di alcuni diritti complementari, tra i quali quello di fare rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Azienda USL Toscana Centro.

Il presente bando è disponibile sul sito web dell'Azienda USL Toscana centro all'indirizzo: www.uslcentro.toscana.it al link Bandi/Concorsi/Avvisi - sezione "Avvisi" sottocategorie – "Avvisi di selezione pubblica"

Per eventuali informazioni i candidati potranno rivolgersi agli uffici amministrativi della sede territoriale di Empoli – email assunzioni@uslcentro.toscana.it

f.to Il Direttore
SOC Politiche e Relazioni Sindacali
Dott.ssa Arianna Tognini

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 le Pubbliche Amministrazioni, che ricevono dichiarazioni sostitutive di certificazioni, sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni.

**N.B. Allegare Mod. F23 per pagamento
Imposta di bollo di € 16,00**

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
acquisizionerisorseumane.uslcentro@postacert.toscana.it

OGGETTO: domanda di inclusione nella graduatoria annuale dei medici NON DIPENDENTI addetti ad attività di medicina necroscopica valida per l'anno 2020.
Rif. provvedimento GRT n. 631 del 23/06/2003.

[contiene la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000]

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____,

presa visione del bando emesso da codesta Azienda

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per l'anno 2020 per il conferimento di un incarico di collaborazione libero professionale in qualità di **medico addetto all'attività di medicina necroscopica**:

- ambito territoriale di Empoli**
- ambito territoriale di Pistoia**
- ambito territoriale di Prato**
- ambito territoriale di Firenze (zona A - zona B - zona C - zona D - zona E)**

Vedi allegato 1

(barrare la casella o le caselle che interessano)

A tal fine dichiara ai sensi del DPR n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni:

1. Di essere nato/a _____ (Prov. _____) il _____
2. Di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____), in via _____ n. _____ dal (indicare g/m/a) _____ Cap _____ Telefono _____ cellulare _____ mail _____

PEC _____

PRECEDENTI RESIDENZE (indicare g/m/a):

dal _____ al _____ Comune di _____

dal _____ al _____ Comune di _____

dal _____ al _____ Comune di _____

3. Di essere laureato in Medicina e Chirurgia con voto: _____ / _____, in data _____ presso l'Università di _____;

4. Di essere abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo;
5. Di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____ con il N° _____

PRECEDENTI ISCRIZIONI (indicare g/m/a):

dal _____ Ordine provinciale di _____

dal _____ Ordine provinciale di _____

dal _____ Ordine provinciale di _____

6. Di essere in possesso della seguente specializzazione (medicina legale o altra branca definita principale dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie (chimici, biologi), _____ conseguita in data _____ presso l'Università di _____

7. Di aver svolto la seguente attività di Medico Necroscopo (presso Aziende Sanitarie) dal _____ al _____:

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

ASL n. _____ di _____ dal _____ al _____

[nel caso in cui l'elenco suindicato fosse insufficiente, allegare alla presente una dichiarazione sostitutiva di certificazione firmata in carta libera, ai sensi dell'art. 46 DPR n.445/2000].

8. Di essere non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato;
9. Di avere i seguenti rapporti di lavoro comunque compatibili con l'eventuale incarico di medico Necroscopo

(barrare la voce che interessa):

a) avere un rapporto di medico convenzionato a tempo indeterminato con l'Azienda _____ con incarico di <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale, <input type="checkbox"/> Medicina dei Servizi e Specialistica Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
--	--

b) avere un rapporto di medico convenzionato a tempo determinato con l'Azienda _____ con incarico di <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale, <input type="checkbox"/> Medicina dei Servizi e Specialistica Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
c) di essere titolare dal _____ come Medico di Assistenza Primaria della Azienda USL Toscana _____ ambito territoriale di _____ con il seguente orario dell'ambulatorio (D.P.R. n.270/2000):	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
d) di essere titolare dal _____ come medico Pediatra di libera scelta della Azienda USL Toscana _____ ambito territoriale di _____ con il seguente orario dell'ambulatorio (DPR n.272/2000):	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

[la presente tabella dovrà essere compilata per intero barrando la relativa casella interessata]

10. di aver presentato domanda allo stesso titolo per l'anno 2020 presso le seguenti Aziende Sanitarie Toscane:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Azienda USL Toscana Nord-Ovest | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Azienda USL Toscana Sud-Est | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

11. di accettare che tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso saranno inviate agli indirizzi di posta elettronica comunicati nella domanda e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni, sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione.

Il candidato si impegna, in caso di esito positivo della selezione, ad adempiere agli obblighi della normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, per quanto applicabile.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, dall'Azienda U.S.L. Toscana Centro, titolare del trattamento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003, e successive modifiche ed integrazioni, e del regolamento aziendale sulla tutela della privacy.

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75/76 del DPR n.445/2000, nel caso di resa di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data

Firma

Dr./Dr.ssa _____
 (firma digitale o autografa)

Avvertenze

La domanda, corredata da copia di un valido documento di identità in caso di firma autografa, pena esclusione, dovrà essere inviata nel termine perentorio indicato nel bando pubblicato sul sito istituzionale aziendale.

MEDICI NECROSCOPI AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**AMBITO TERRITORIALE DI FIRENZE**

A ZONA FIRENZE	B ZONA NORD-OVEST	C ZONA SUD-EST:	D ZONA MUGELLO:	E ZONA VALDARNO:
<u>Comuni :</u> Firenze Fiesole Vaglia	<u>Sesto Fiorentino</u> <u>Comuni:</u> Sesto Fiorentino Campi Bisenzio Calenzano <u>Scandicci</u> <u>Comuni:</u> Scandicci Lastra a Signa Signa	<u>Comuni:</u> Barberino Val d'Elsa Impruneta San Casciano Val di Pesa Tavarnelle Val di Pesa Bagno a Ripoli Greve in Chianti Pelago Pontassieve Rufina	<u>Comuni:</u> Barberino di Mugello Borgo San Lorenzo Dicomano Firenzuola Marradi Palazzuolo sul Senio Scarperia e San Piero Vicchio	<u>Comuni:</u> Figline e Incisa Valdarno Rignano sull'Arno Reggello