

AVVISO PUBBLICO

MOBILITA' INTERNA ANNO 2020

riservato ai medici convenzionati titolari a tempo indeterminato
del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale dell'Azienda Usl Toscana nord ovest

Con riferimento alla richiesta della Regione Toscana di individuazione delle zone careniti per il I° semestre 2020, richiamati la D.G.R.T. n. 956/2006 e l'ALIA del 16/10/2019, si fa presente che per l'Azienda Usl Toscana nord ovest sono state dichiarate vacanti venti (20) postazioni di EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE per i posti di seguito indicati:

- 4 zona distretto Lunigiana
- 6 zona distretto Valle del Serchio
- 2 zona distretto Pisana
- 2 zona distretto Val d'Era
- 2 zona distretto Alta Val di Cecina
- 1 zona distretto Livorno
- 1 zona distretto Valli Etrusche
- 2 zona distretto Elba

I medici interessati a trasferirsi presso una delle suddette postazioni sono invitati a inviare entro e non oltre le ore 12.00 del giorno 7 maggio 2020 la propria domanda secondo il modello facsimile allegato, unitamente a copia di documento di identità in corso di validità.

La domanda, dovrà essere presentata con una delle seguenti modalità:

- **PEC** : direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it : la PEC dovrà riportare come oggetto: **"MOBEST2020"**
- **raccomandata** al seguente indirizzo, Via Cocchi 7-9, 56121 Pisa
- **consegna** agli Uffici Protocollo aziendali

Si precisa che il **termine di arrivo è tassativo** e farà fede il timbro di **protocollo in arrivo** aziendale. L'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili al servizio postale.

Potranno essere indicate non più di tre (3) postazioni in ordine di preferenza (decrecente) e, in caso di più candidati per la stessa postazione, verranno seguiti i seguenti criteri di priorità:

- **maggiore anzianità di servizio** maturata esclusivamente a tempo indeterminato nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, con specificazione a tal fine nella domanda in modo dettagliato della durata del periodo di servizio (giorni-mesi-anni) e dell'amministrazione di riferimento;
- **minore età;**
- **voto di laurea;**
- **anzianità di laurea.**

Mancata risposta entro la data indicata è da intendersi come rinuncia

Decorrenza trasferimenti: 1° luglio 2020

IL DIRETTORE U.O.C. CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Dot. Emilio C. Di Spigno
(firmato sull'originale)

ALLEGATO:
modello di domanda



Azienda USL Toscana nord ovest

U.O.C UOC CC.UU.NN.

di Assistenza

Primaria

Continuità

Assistenziale

Dir. Dott. Emilio Carlo Di
Spigno

Via V. Alfieri, n.36

CAP 57124 Livorno

Tel. 0586.223.774

emiliocarlo.dispigno@nordovest.toscana.it

nordovest.toscana.it

Azienda Usl

Toscana nord ovest

sede legale

via Cocchi, 7

56121 - Pisa

P.IVA: 02198590503

DOMANDA DI MOBILITA' INTERNA

per la copertura delle postazioni di lavoro di Emergenza Sanitaria Territoriale
dichiarate carenti nell'Azienda USL Toscana Nord Ovest – Anno 2020

ALL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
U.O.C. CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa.....,;

nato/a.....(Prov.....) il....., Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(Prov.....),

Via/Piazza.....n.....cap..... cell.

e-mail,

in servizio attualmente presso la postazione di

richiarendo di aver preso visione dell'avviso di mobilità interna per la copertura delle postazioni di lavoro di emergenza sanitaria territoriale, delle modalità di partecipazione alla procedura indetta e dei criteri individuati per la loro formazione,

CHIEDE DI ESSERE TRASFERITO PRESSO LE SEGUENTI POSTAZIONI

(INDICARE UNA O PIU' POSTAZIONI, IN ORDINE DI PREFERENZA (MASSIMO 3))

1. _____
2. _____
3. _____

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n.445/2000),

DICHIARA

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università degli Studi di _____

- e di aver svolto attività convenzionata **a tempo indeterminato** di medico di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'ACN per la medicina generale, presso le seguenti Asl nei periodi indicati:

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Allega alla presente valido documento di identità.

Data _____ Firma per esteso _____