



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE TERRITORIALE  
NUORO – ORISTANO – OGLIASTRA  
Sede Locale di Nuoro

## AVVISO

### **PUBBLICAZIONE INCARICHI - ART. 9 c. 3 ACCORDO PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL DATATO 15/05/2018 – 3° TRIMESTRE ANNO 2023**

**Tabella 1** Ore di Specialistica Ambulatoriale vacanti

<b>INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO – ART. 10 ACCORDO PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL DATATO 15/05/2018</b>
Turno n. 32 ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA ORTOPEDIA SEDE INAIL NUORO

Gli specialisti ambulatoriali aspiranti all'incarico trasmetteranno a questo Istituto con lettera raccomandata A/R, all'indirizzo Sede Inail di Nuoro, Via Pietro Mastino 72, 08100 Nuoro (NU), o posta elettronica certificata, al seguente indirizzo pec: [nuoro@postacert.inail.it](mailto:nuoro@postacert.inail.it), dal 1° al 10 del mese di Ottobre 2023 i seguenti documenti:

1. dichiarazione di disponibilità, con autocertificazione, riportata nel modulo di cui all'all. 1;
2. documento di riconoscimento in corso di validità.

Questa Sede individuerà l'avente diritto all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'Art. 10 dell'Accordo per gli specialisti ambulatoriali Inail datato 15/05/2018, di seguito denominato Accordo, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità regolamentata dall'Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi territoriali di Inail e Sasn, ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 4 dell'Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore dell'Accordo, che faccia richiesta all'Azienda sede del Comitato zonale di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio ;
- b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dall'Accordo , in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante ; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi territoriali di Inail e Sasn della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lett. b) allo specialista ambulatoriale non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 33;
- c) titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE TERRITORIALE  
NUORO – ORISTANO – OGLIASTRA  
Sede Locale di Nuoro

o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi territoriali di Inail e Sasn di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità; allo specialista ambulatoriale non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 33;

d) titolare di Incarico a tempo indeterminato in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico ;

e) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale, che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art . 3, comma 1;

g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;

h) specialisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 8 dell'Accordo in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato;

i) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio sanitario nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico.

Si precisa, inoltre, che:

- le ore degli incarichi pubblicati non sono frazionabili in sede di assegnazione, ai sensi dell'art. 10 c. 4 dell'Accordo;
- per quanto non espressamente indicato si fa riferimento alla disciplina dell'Accordo;
- non saranno prese in considerazione comunicazioni trasmesse con modalità difformi da quelle sopra indicate ovvero oltre il termine finale del 10 ottobre 2023.

Per eventuali informazioni e chiarimenti potranno essere contattati i seguenti funzionari: dott. Falchi – dott.ssa Bardi tel. 0784215200.

Il Direttore territoriale  
f.to dott. Luca De Santis

**Luca De Santis**

Firmato digitalmente da Luca De  
Santis  
Data: 2023.09.14 14:14:23 +02'00'

L'apposizione o l'associazione della firma digitale al documento informatico equivale alla sottoscrizione prevista per gli atti ed i documenti in forma scritta su supporto cartaceo dal Testo Unico. Integra e sostituisce, ad ogni fine previsto dalla normativa vigente, l'apposizione di sigilli, timbri e contrassegni qualsiasi genere art. 23 co. 2 e 6, DPR 445/2000 s. m. i.

DIREZIONE TERRITORIALE  
NUORO – ORISTANO – OGLIASTRA  
Sede Locale di Nuoro

Allegato 1 Avviso Sede Inail Nuoro 14/09/2023

## DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' Turno n. 32 ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA ORTOPEDIA SEDE INAIL NUORO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

\_\_\_\_\_ , nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
**pec:** \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 s. m. i.

### DICHIARA

#### 1) DI ESSERE:

Laureato \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Specializzato in \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
Iscritto all'Albo professionale dei \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_ abilitato all'esercizio della professione di  
\_\_\_\_\_ con annotazione della specializzazione in  
\_\_\_\_\_

#### 2) DI AVER PRESO VISIONE DELLA REGOLAMENTAZIONE RELATIVA AGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO DI CUI ALL'ACCORDO PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL SOTTOSCRITTO IL 15/05/2018, di seguito denominato Accordo

**COMUNICA LA DISPONIBILITA' ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE DI  
INCARICO A TEMPO INDETERMINATO:**

- n. 32 ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA ORTOPEDIA SEDE INAIL NUORO

DIREZIONE TERRITORIALE  
NUORO – ORISTANO – OGLIASTRA  
Sede Locale di Nuoro

### A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE

(  ) **titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con il S.S.N., compresi INAIL e INPS, identificato ai sensi dell'art. 10 dell'Accordo alla:

**lett. a)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

**lett. b)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

**lett. c)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

**lett. d)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

**lett. e)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

**lett. f)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

**lett. g)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

---

---

(  ) **di non essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con il S.S.N., compresi INAIL e INPS, e di trovarsi nella situazione appresso specificata ai sensi dell'Accordo (*barrare la casella di interesse*)

**lett. h)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

**lett. i)** (*barrare con una x la casella che interessa*) (  )

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

---

---

Allega documento di indentita' in corso di validita'

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_