

**AVVISO DI SELEZIONE PER LA CREAZIONE DI UNA GRADUATORIA
FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICHI A MEDICI SPECIALISTI
PRESSO I PRESIDII SANITARI CROCE ROSSA ITALIANA COMITATO REGIONALE TOSCANA**

È indetta una selezione per la creazione di una graduatoria finalizzata al conferimento di incarichi a medici specialisti presso i reparti di cure intermedie, low care e riabilitazione del Presidio ANNA TORRIGIANI, Via di Camerata n. 10 Firenze e del Presidio I FRATICINI, Via dei Massoni n. 21 Firenze.

per le seguenti branche di specializzazione e/o equipollenze:

- **Cardiologia**
- **Medicina interna**
- **Geriatría**

Tipologia contrattuale: collaborazione professionale (Partita IVA)

A titolo esemplificativo e non esaustivo svolgeranno le seguenti attività:

Presenza in reparto dal lunedì al venerdì.

Organizzazione giornata lavorativa:

Arrivo, passaggio eventuali consegne con medico di guardia.

Valutazione dei dati di cartella medica ed infermieristica degli altri Pz, visione il Resoconto con il passaggio di consegne e stabilisce una scaletta di priorità clinica che definisce l'ordine del giro visite.

Briefing tra medici, coordinatrice fisioterapia e caposala

Compilazione dei percorsi informatici (dimissioni USL)

Predisposizione lettere di dimissione (dimissione cartella informatica),

Ammissioni nuovi pazienti

Incontro con i familiari dei degenti

Comunicare con il MMG per informarlo del Pz, degli obiettivi di degenza, della data di dimissione e per acquisire informazioni e collaborazione

Eventuale contatto con la struttura di provenienza del Pz per acquisire precisazioni in merito al decorso

Passaggio eventuali consegne

Fine turno

Criteri di selezione

- Godimento dei diritti civili e politici degli Stati di appartenenza o di provenienza.
- Conoscenza fluente della lingua italiana e inglese parlata e scritta
- Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ed iscrizione all'ordine dei Medici
- Titolo di Specializzazione in una delle branche indicate

Competenze tecniche ed esperienza

- Pregresse esperienze presso soggetti analoghi, ivi compreso soggetti pubblici
- Conoscenza dei sistemi operativi Microsoft, del pacchetto Office (Excel, Word, ecc)
- Capacità di gestione delle cartelle cliniche elettroniche, di utilizzare correttamente le attrezzature mediche, di aggiornare i database e documentare l'anamnesi dei pazienti e le cure somministrate.

Competenze trasversali

- Buone capacità comunicative
- Empatia e buone capacità relazionali, organizzative e gestionali
- Flessibilità e adattabilità alle esigenze connaturate alle attività della struttura
- Predisposizione al lavoro in squadra, affidabilità, precisione e pazienza

Domanda e scadenza

La domanda di partecipazione alla procedura di selezione, redatta in carta semplice su modello allegato al presente avviso deve essere presentata entro il **15 settembre 2026 alle ore 16:00** corredata da:

- Autocertificazione del possesso dei requisiti obbligatori e preferenziali redatto su modelli allegati al presente avviso
- Copia della Carta di Identità e Codice Fiscale
- Curriculum vitae aggiornato
- Consenso trattamento dei dati personali

Modalità di presentazione domanda:

- Via Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: torrigiani@cert.cri.it
- Tramite Posta Raccomandata con ricevuta di ritorno inviata all'attenzione del Direttore Sanitario c/o Presidio Anna Torrigiani, Via di Camerata 10, Firenze

Procedura di selezione

La selezione dei candidati avverrà per titoli e colloquio entro il termine del **30 settembre 2026**.

L'Associazione si riserva la facoltà di disporre la proroga dei termini dell'avviso, il rinvio, la sospensione o modifica nonché la revoca o l'annullamento dello stesso. Si riserva inoltre il diritto di riaprire i termini di presentazione delle domande di partecipazione qualora motivi di economicità e/o opportunità lo dovessero richiedere.

Per informazioni scrivere a qualita.torrigiani@toscana.cri.it

ALL. 1 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a:														
.....														
Nato/a a Prov. Il														
Residente in via n.														
C.A.P. Città prov.														
Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza)														
Via n.														
C.A.P. Città prov.														
Numero telefono Numero cellulare														
Indirizzo e-mail :														
Codice Fiscale														

CHIEDE

**DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI SELEZIONE PER LA CREAZIONE DI UNA GRADUATORIA
FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICHI A MEDICI SPECIALISTI
PRESSO I PRESIDII SANITARI DELLA CROCE ROSSA ITALIANA COMITATO REGIONALE TOSCANA**

Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"



DICHIARA DI:

Essere in possesso di tutti i requisiti obbligatori previsti dal bando

Il Sottoscritto/a dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti requisiti preferenziali

Allega alla presente domanda:

- ☐ copia Carta di Identità e Codice Fiscale
- ☐ curriculum vitae
- ☐ consenso trattamento dei dati personali

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e nei documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie dei documenti prodotti.

Luogo e data,

_____, li _____

Firma del Candidato

.....



AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a

_____, il _____ autorizza la Croce Rossa Italiana Comitato CRI Regionale Toscana O.d.V. al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni di legge sulla privacy (Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i.) limitatamente all'uso di esclusiva competenza delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Luogo e data,

_____, li _____

Firma del Candidato

.....