AVVISO

ZONE CARENTI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA, LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE TOSCANA – I SEMESTRE 2013

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART 8 DEL D.Lgs. N. 502/1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI e DGR n. 785 del 30.08.2010

Ambiti territoriali inferiori a 40.000 residenti
Pur mantenendo invariata la base di calcolo di 1/1000, quale rapporto ottimale per la determinazione delle zone carenti, prima di avviare la procedura per la pubblicazione della carenza, nell'ambito di ciascun comitato aziendale si dovrà tener conto di un ulteriore parametro, di seguito definito.
Tale parametro consiste nella valutazione della distribuzione delle scelte in carico ai medici convenzionati presenti in quel determinato ambito territoriale.
In particolare, non scatta la pubblicazione della zona carente qualora nell'ambito in questione risultino essere presenti almeno 1 (un) medico con scelte inferiori a 300 e 2 (due) medici in grado di acquisire scelte, al fine di garantire la possibilità di scelta per l'utente all'interno di una rosa di tre medici.

Ambiti territoriali superiori a 40.000 residenti
Il rapporto medico/popolazione residente diventa 1/1200. La frazione d'utenti che comporterà la pubblicazione di una carenza deve essere superiore a 600.

ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - PRIMO SEMESTRE 2013

AZIENDE USL **ZONE CARENTI**	**ASSISTENZA PRIMARIA** **N. POSTI**
Azienda USL 4 Prato	
Ambito territoriale: Prato	4
Azienda USL 5 Pisa	
Ambito territoriale: Montecatini Val di Cecina/Volterra	1
Ambito territoriale: Pisa	1
Azienda USL 6 Livorno	
Ambito territoriale: "Zona Elba": Comuni di Portoferraio, Porto Azzurro, Marciana, Marciana Marina, Rio nell'Elba, Rio Marina, Capoliveri e Campo nell'Elba[(1)]	1
Azienda USL 8 di Arezzo	
Ambito territoriale: Zona Distretto Valdarno: Comuni di San Giovanni Valdarno, Cavriglia, Pian di Scò, Castelfranco di Sopra, Montevarchi, Bucine, Laterina, Pergine V.no, Loro Ciuffenna, Terranuova Bracciolini. [(2)]	2
Ambito territoriale: Zona Distretto Aretina : Comuni di Arezzo, Capolona, Castiglion Fibocchi, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino, Subbiano[(2)]	4

Azienda USL 9 Grosseto	
Ambito territoriale: Zona Distretto Area Grossetana: Comuni di Campagnatico, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Grosseto, Roccastrada, Scansano [(3)]	1
Ambito territoriale: Zona Distretto Amiata Grossetana: Comuni di Arcidosso, Castel del Piano, Castell'Azzara, Cinigiano, Roccalbegna,, Santa Fiora, Seggiano, Semproniano [(4)]	1
Azienda USL 10 Firenze	
Ambito territoriale: Firenze	6
Ambito territoriale: Scandicci	2
Ambito territoriale: Lastra a Signa	1
Ambito territoriale: Bagno a Ripoli	2
Ambito territoriale: Impruneta	1
Ambito territoriale: Tavarnelle Val di Pesa/Barberino Val d'Elsa	1
Azienda USL 11 di Empoli	
Ambito territoriale: Comune di Montespertoli	1
Ambito territoriale: Comune di Cerreto Guidi	1
Ambito territoriale: Comune di Montelupo Fiorentino	1
Ambito territoriale: Comune di San Miniato	1

(1) Con obbligo apertura ambulatorio principale nel Comune di Portoferraio

(2) Le sedi degli ambulatori saranno concordati con il Direttore della Zona-Distretto

(3) Obbligo dell'ambulatorio principale nel Comune di Scansano

(4) Obbligo dell'ambulatorio principale nel Comune di Roccalbegna

Gli incarichi sono attribuiti in base alla graduatoria redatta ai sensi dell'ACN/2009 e secondo i criteri di assegnazione previsti dall'Accordo vigente.

L'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni il 29 luglio 2009, dispone che per lo svolgimento dell'attività di assistenza primaria le Aziende USL conferiscono incarichi a tempo indeterminato secondo il seguente ordine di priorità:

a) ai medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di assistenza primaria di altre regioni, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno **due anni** e da almeno **quattro anni** nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N., eccezione fatta per l'attività di continuità assistenziale. L'anzianità di iscrizione negli elenchi deve essere maturata alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. **I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda.** In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento. Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria determinata secondo i criteri stabiliti dall'art. 34, comma 7 dell'ACN per la medicina generale 29 luglio 2009;

b) ai medici inclusi nella graduatoria regionale settore assistenza primaria valida per l'anno in corso, graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

1) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale settore assistenza primaria di cui all'art. 15 dell'ACN/2009;
2) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale;
3) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell' ACN per la medicina generale 29 luglio 2009 i medici già titolari di incarico di Assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Per l'assegnazione delle zone carenti, le percentuali di cui all'art. 16, comma 7 dell'ACN/2009, sono confermate dal Preaccordo regionale nella misura del:

- **80%** a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in Medicina generale di cui all'art. 1, comma2, e all'art. 2, comma 2 del Decreto Legislativo n. 256/91 e del Decreto Legislativo n. 368/99;
- **20%** a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Qualora non vengano assegnate, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due percentuali di aspiranti, le stesse verranno assegnate all'altra percentuale di aspiranti.

Si ricorda, inoltre, che la norma finale n. 2 dell'ACN 29.07.2009 prevede che "Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale e che conseguono tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 16, comma 7, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio".
In alternativa alla presentazione del titolo conseguito, è consentita, ai sensi dell'art. 46 D.P.R n. 445/2000, l'autocertificazione, come si evince dal testo del modulo di domanda di partecipazione alla copertura dei posti vacanti.

Gli interessati dovranno inviare, **entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica **domanda in bollo** (Euro 14,62) utilizzando gli appositi moduli disponibili sul sito della Regione Toscana **www.regione.toscana.it/sst** alla voce "procedure" in "opportunità e scadenze" .

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R n. 445 del 28.12.2000.

La domanda deve essere indirizzata all'**Azienda USL10 di Firenze S.C. Gestione del Personale e Rapporti con le OO.SS., Via di San Salvi, 12 - Villa Fabbri - 50135 Firenze**, **a mezzo Raccomandata A.R.** e deve riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta: "*DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA"*.

L'Azienda USL10 di Firenze provvederà all'individuazione degli aventi diritto anche per conto delle altre Aziende USL, che rimangono competenti all'adozione del provvedimento di conferimento dell'incarico.

La convocazione dei medici per l'assegnazione degli incarichi è effettuata mediante raccomandata A.R. o telegramma secondo le modalità di cui all'art. 34 dell'ACN per la medicina generale. Nessuna responsabilità è posta in capo all'Azienda USL per il mancato ritiro della raccomandata in tempo utile.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL N. 10 FIRENZE **(1)**
S.C. GESTIONE DEL PERSONALE E RAPPORTI CON LE OO.SS.
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri
50135 - FIRENZE

Il/la sottoscritto/a …… nato/a a …….……

Prov…….. il ……. Codice Fiscale ……..……..

Residente a …… Via ……..…….……
.
n…… CAP ……. Tel……. Cell…….

Indirizzo e-mail ……

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lettera a) dell'ACN per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 29.07.2009, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.19 dell'8 maggio 2013, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito ……. ASL …… Ambito …… ASL……...

Ambito ……. ASL…… Ambito……ASL……..

Ambito ……. ASL……. Ambito …….. ASL…….

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria n…….di……. per l'ambito territoriale di ……...……..…… della Regione …… dal ……..……

2) di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria

dal…….. al …….. ambito …… Regione ……..

dal……. al …….. ambito …… Regione……..

3) di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di..... in data ……..….. con voto ……/110,

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data …….

5) di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia di ……dal……..……..

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art 47 del D.P.R n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):

di svolgere/non svolgere [(2)] altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale, (in caso affermativo dichiarare il tipo o i tipi di attività con numero di ore di impegno settimanale):
……..……. ore sett. …….
……..…. ore sett……
……..… ore sett……

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:
……..
……..

Data ……..…… ……
(**firma autenticata**)*

(*) **ATTENZIONE**: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38, del DPR 445/2000. **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda**.

(1) L'Azienda USL10 di Firenze provvederà allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
(2) Cancellare la parte che non interessa.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B.
- **Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 34 comma 2 lett. a) ACN/2009, ed accetta l'incarico decade comunque dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza.**

- **Ai sensi dell'art. 15 comma 11, ACN Medicina generale del 29/2009, il medico già titolare di incarico di assistenza primaria può partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL N. 10 FIRENZE **(1)**
S.C. GESTIONE DEL PERSONALE E RAPPORTI CON LE OO.SS.
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri
50135 - FIRENZE

Il/la sottoscritto/a. …… nato/a a …...……

Prov…….. il ……. Codice Fiscale ……..

Residente a …… Via ……

n…… CAP ……..…. Tel……. Cell……...……..

Indirizzo e-mail ……..……

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'ACN per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 29.07.2009, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n n.19 dell'8 maggio 2013, e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

Azienda USL 4 Prato			
Ambito territoriale: Prato	4	100005	☐
Azienda USL 5 Pisa			
Ambito territoriale: Montecatini Val di Cecina/Volterra	1	50019	☐
Ambito territoriale: Pisa	1	50026	☐
Azienda USL 6 Livorno			
Ambito territoriale: "Zona Elba": Comuni di Portoferraio, Porto Azzurro, Marciana, Marciana Marina, Rio nell'Elba, Rio Marina, Capoliveri e Campo nell'Elba[(1)]	1	49014	☐
Azienda USL 8 di Arezzo			
Ambito territoriale: Zona Distretto Aretina: Comuni di Arezzo, Capolona, Castiglion Fibocchi, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino, Subbiano[(2)]	4	51002	☐
Ambito territoriale: Zona distretto Valdarno: Comuni di San Giovanni Valdarno, Cavriglia, Pian di Scò, Castelfranco di Sopra, Montevarchi, Bucine, Laterina, Pergine V.no, Loro Ciuffenna, Terranuova Bracciolini[(2)]	2	51033	☐

Azienda USL 9 Grosseto			
Ambito territoriale: Zona Distretto Area Grossetana: Comuni di Campagnatico, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Grosseto, Roccastrada, Scansano [(3)]	1	53011	☐
Ambito territoriale: Zona Distretto Amiata Grossetana: Comuni di Arcidosso, Castel del Piano, Castell'Azzara, Cinigiano, Roccalbegna,, Santa Fiora, Seggiano, Semproniano [(4)]	1	53020	☐
Azienda USL 10 Firenze			
Ambito territoriale: Firenze	6	48017	☐
Ambito territoriale: Scandicci	2	48041	☐
Ambito territoriale: Lastra a Signa	1	48024	☐
Ambito territoriale: Bagno a Ripoli	2	48001	☐
Ambito territoriale: Impruneta	1	48022	☐
Ambito territoriale: Tavarnelle Val di Pesa/Barberino Val d'Elsa	1	48045	☐
Azienda USL 11 di Empoli			
Ambito territoriale: Comune di Montespertoli	1	48030	☐
Ambito territoriale: Comune di Cerreto Guidi	1	48011	☐
Ambito territoriale: Comune di Montelupo Fiorentino	1	48028	☐
Ambito territoriale: Comune di San Miniato	1	50032	☐

(1) Con obbligo apertura ambulatorio principale nel Comune di Portoferraio

(2) Le sedi degli ambulatori saranno concordati con il Direttore della Zona-Distretto

(3) Obbligo dell'ambulatorio principale nel Comune di Scansano

(4) Obbligo dell'ambulatorio principale nel Comune di Roccalbegna

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

1) di essere residente nel Comune di..…… dal (gg/mm/aaaa) [(2)] ..…….

PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare gg/mm/aaaa) [(2)]
dal …… al …… Comune di…….
dal …… al …… Comune di…….
dal ……..... al …… Comune di…….
dal …… al …… Comune di…….

2) di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria

3) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di.....
in data ……. con voto ……./110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data ……

5) di essere incluso nella graduatoria regionale settore assistenza primaria valida per l'anno 2013

6) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia di ……..……...dal……..…….

7) vista la norma finale n. 2 dell'ACN/2009, di essere/non essere[3] in possesso del Titolo di Formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs 256/91 e D.Lgs 368/99, conseguito in data ..... nella Regione .....

Il sottoscritto, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16 comma 7 e comma 9 dell'ACN chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata**):

☐ riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91 e D.Lgs 368/99 (art.16, comma 7, lett. a) dell'ACN/2009);
☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b dell'ACN/2009).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:

…….....

Luogo e Data ……. ……
(**firma autenticata**)*

(*)**ATTENZIONE**: La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38, del DPR 445/2000. **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

(1) L'Azienda Sanitaria 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.

(2) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal **31/01/10.** In caso di indicazione del solo mese e anno la decorrenza verrà valutata dall'ultimo giorno del mese indicato; in caso di indicazione del solo anno la decorrenza verrà valutata dal 31/12 dell'anno indicato. La mancata compilazione degli spazi relativi alla residenza comporta la non attribuzione dei punteggi di cui art. 34. comma 3, lett. b) e c) ACN/2009.

(3) Cancellare la parte che non interessa.

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B:
- **I medici già titolari di incarico di Assistenza Primaria possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN/2009, art. 15 comma 11).**

- **Si fa presente che, ai sensi dell'art. 34 comma 8, ACN/2009, è cancellato dalla graduatoria regionale del settore assistenza primaria, ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza primaria, il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto carente.**

ZONE CARENTI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE - PRIMO SEMESTRE 2013

Denominazione	N° posti vacanti
Azienda USL 1 di Massa Carrara	**5**
Azienda USL 4 di Prato	**3**
Azienda USL 6 di Livorno	**4**
Azienda USL 8 di Arezzo	**3**
Azienda USL 9 di Grosseto	**4**
Azienda USL 10 di Firenze	**5**

Totale posti vacanti: 24

Gli incarichi sono attribuiti in base alla graduatoria redatta ai sensi dell'ACN/2009 e secondo i criteri di assegnazione previsti dall'Accordo vigente.

L'art. 63 dell'ACN 29.07.2009 dispone che per lo svolgimento dell'attività di continuità assistenziale le Aziende Sanitarie Locali conferiscono incarichi a tempo indeterminato secondo il seguente ordine di priorità:

a) ai medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle Aziende, anche diverse, della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in Aziende di altre Regioni, anche diverse, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno **due anni** e da almeno **tre anni** dell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti inferiore rispettivamente a **650 e 350**. I periodi di servizio effettivo devono essere maturati alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti funzionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità inferiore. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento. Per l'assegnazione di tali incarichi, i medici sono graduati in base all'anzianità di servizio effettivo in qualità di incaricato a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale o ex-guardia medica, secondo i criteri stabiliti dall'art. 63, comma 8 dell'ACN/2009;

b) ai medici inclusi nella graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno in corso, graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
   1. attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale settore continuità assistenziale;
   2. attribuzione di punti 10 a coloro che, nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;

3. attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

Ai sensi dell'art. 63, comma 9 dell'ACN/2009, a parità di posizione, prevalgono nell'ordine la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell'ACN/2009, i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.

Per l'assegnazione delle zone carenti, le percentuali di cui all'art. 16, comma 7 dell'ACN/2009, sono confermate nella stessa misura:

- **80%** a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.Lgs 368/99;
- **20%** a favore dei medici in possesso di titolo equipollente. Qualora non vengano assegnate, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, le stesse vengano assegnate all'altra riserva di aspiranti.

Si ricorda, inoltre, che la norma finale n. 2 dell'ACN/2009 prevede che "Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 16, comma 7, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio". In alternativa alla presentazione del titolo conseguito, è consentita l'autocertificazione, come si evince dal testo del modulo di domanda di partecipazione alla copertura dei posti vacanti di continuità assistenziale.

Gli interessati dovranno inviare, **entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica **domanda in bollo** (Euro 14,62**)** utilizzando gli appositi moduli disponibili sul sito della Regione Toscana: **www.regione.toscana.it/sst** alla voce "procedure" in "opportunità e scadenze".

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R n. 445 del 28.12.2000.

La domanda, in cui dovranno essere indicate le Aziende Sanitarie Locali per le quali il medico intende concorrere, deve essere indirizzata esclusivamente a mezzo **Raccomandata A.R.** all'**Azienda USL 10 di Firenze, S.C. Gestione del Personale e Rapporti con le OO.SS., Via di San Salvi, 12 - Villa Fabbri - 50135 Firenze e** deve riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta *"DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE"*.

L'Azienda USL 10 di Firenze provvederà all'individuazione degli aventi diritto anche per conto delle altre Aziende USL della Toscana.

La convocazione dei medici per l'assegnazione degli incarichi è effettuata mediante raccomandata A.R. o telegramma secondo le modalità di cui all'art. 63 dell'ACN per la medicina generale. Nessuna responsabilità è posta in capo all'Azienda USL per il mancato ritiro della raccomandata in tempo utile.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(**PER GRADUATORIA**)

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Raccomandata A.R

A: AZIENDA USL N. 10 FIRENZE **(1)**
S.C. GESTIONE DEL PERSONALE E RAPPORTI CON LE OO.SS.
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri
50135 - FIRENZE

Il/la sottoscritto/a…… nato a ……

Prov…….. il ……. Codice Fiscale ……..

Residente a …… Via ……

n……. CAP …… Tel……. Cell……

Indirizzo e-mail ……

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 29.07.2009 per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.19 dell'8 maggio 2013, nelle seguenti Aziende Sanitarie Locali **(individuare l'Azienda prescelta):**

ASL n. ….…….. ASL n…. ……ASL n.…… ASL .n…….. ASL n.……...ASL n……..……..

ASL n……ASL n……...ASL n……ASL n…….. ASL n……..ASL n……..…..…

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

1) di essere residente [(2)] nel Comune di …… con decorrenza dal (g/m/a)…….. …….

PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare g/m/a/) [(2)]
dal……al……..Comune di… …….
dal……al……..Comune di… …….
dal……al……..Comune di… …….
dal……al……..Comune di… …….

2) di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale

3) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di .....in data …….. con voto ……/110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data ……..……
5) di essere incluso nella graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno 2013

6) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della provincia di……. dal……..

7) Vista la norma finale n. 2 dell' ACN/2009, di essere in possesso del titolo di formazione in medicina generale di cui al D. Lgs 256/91 conseguito in data ….……..….…… nella Regione……..……

Il/la sottoscritto/a, in osservanza di quanto previsto dall'art.16 comma 7 e comma 9 del DPR 270/2000 chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata**):

☐ riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91 (art.16, comma 7, lett. a, ACN/2009);

☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b, ACN/2009).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:
……..
……..……

Luogo e data …….……. ……..……
(**firma autenticata**)*

(*) ATTENZIONE: La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art.38 DPR 445/2000. **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

(1) L'Azienda Sanitaria n.10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.

(2) **La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31/01/10.** In caso di indicazione del solo mese e anno la decorrenza verrà valutata dall'ultimo giorno del mese indicato; in caso di indicazione del solo anno la decorrenza verrà valutata dal 31/12 dell'anno indicato. **La mancata compilazione degli spazi relativi alla residenza comporta la non attribuzione dei punteggi di cui art. 63 comma 4, lett. b) e c) ACN/2009.**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B.
- **I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN/2009 art. 15 comma 11)**

- **Si fa presente che, ai sensi dell'art. 63 comma 15 ACN/2009, è cancellato dalla graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno in corso ai soli fini del conferimento degli incarichi di continuità assistenziale, il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto vacante**.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(**PER TRASFERIMENTO**)

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL N. 10 FIRENZE **(1)**
S.C. GESTIONE DEL PERSONALE E RAPPORTI CON LE OO.SS.
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri
50135 - FIRENZE

Il/la sottoscritto/a …… nato/a a ……

Prov…….. il ……. Codice Fiscale ……..

Residente a …… Via ……

n…….. CAP…… Tel…… Cell……

Indirizzo e-mail ……
.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'intesa Stato/Regioni del 29.07.2009 per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n n.19 dell'8 maggio 2013, nelle seguenti Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. …….……ASL n….…… ASL .n…….. ASL n……... ASL n…….ASL n……..…

ASL n……ASL n…… ASL n……ASL n…….. ASL n……. ASL n……..……

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria n. ……..di …….....……della Regione …….…….....dal ……

2) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale:

   dal…….al …….ASL ..……...……... Regione …….……...…..
   dal…….al……...……...ASL ……..….. Regione …….…..……..…..

3) di provenire/ non provenire[(2)] da un'Azienda di cui all'art. 64, comma 4, ACN/2009 [(3)];

4) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di ..... in data ……..…….. con voto ……./110

5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data ……..……

6) di essere iscritto all'Albo provinciale dell'Ordine dei Medici della Provincia di…….……....dal……

7) di svolgere/non svolgere[(2)] altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 650 e 350 (in caso affermativo dichiarare il tipo o i tipi di attività con numero di ore di impegno settimanale):

……. ore sett. …….
……. ore sett……
…… ore sett……

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:

……

Luogo e data ……. ……..……..……
(**firma autenticata**)*

(*) ATTENZIONE : La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art.38 DPR 445/2000. **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

(1) L'Azienda USL 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
(2) Cancellare la parte che non interessa
(3) Ai sensi dell' ACN/2009, art.63, comma 8, lett.c), l'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti di cui all'art.63, comma 2, lett. a, è determinata sommando un'anzianità pari a 18 mesi per trasferimenti interregionali con provenienza da aziende con medici in esubero, di cui all'art. 64, comma 4.

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B.
- **I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN medicina generale, art. 15 comma 11)**

- **Si fa presente che il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui all'art. 63 comma 2, lett. a) ACN/2009 in caso di accettazione, decade dall'incarico di provenienza.**

ZONE CARENTI PER L’ EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Non si procede alla pubblicazione di incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale.

AVVISO

ZONE CARENTI PER L'ASSISTENZA PEDIATRICA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE TOSCANA - PRIMO SEMESTRE 2013

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, n. 833 PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI ALLA DATA DEL 31/03/2012 DI CUI ALL'ACN PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA RECEPITO CON ATTO D'INTESA CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 29.07.2009.

AZIENDE USL **ZONE CARENTI**	**PEDIATRIA** **N. POSTI**
Azienda USL 5 Pisa	
Ambito territoriale: Castelnuovo Val di Cecina/Pomarance[(1)]	1
Ambito territoriale: Montecatini Val di Cecina/Volterra[(2)]	1
Azienda USL 7 Siena	
Ambito territoriale: Monteroni d'Arbia e Murlo[(3)]	1
Ambito territoriale: Sinalunga, Torrita di Siena e Trequanda	1
Ambito territoriale: Castelnuovo Berardenga e Monteriggioni[(4)]	1
Azienda USL 11 Empoli	
Ambito territoriale: Montespertoli	1

(1) Con obbligo di apertura ambulatori nei territori dei Comuni di Castelnuovo Val di Cecina e Pomarance

(2) Con obbligo di apertura ambulatori nei territori dei Comuni di Montecatini Val di Cecina e Volterra

(3) Con obbligo di ambulatorio nel Comune di Murlo

(4) Con obbligo di apertura ambulatorio nei Comuni di Castelnuovo Berardenga e Monteriggioni: le sedi degli ambulatori saranno valutate con il Responsabile di Zona.

Ai sensi dell'art. 33, comma 2, lett. a), a1) e b) dell'ACN/2009 possono presentare domanda per la copertura di posti carenti:

a) I pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti a condizione che risultino iscritti, da almeno **tre anni** e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per la continuità assistenziale.
   Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia determinata secondo i criteri stabiliti dall'art. 33, comma 7 dell'ACN/2009;

b) I pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione a condizione che risultino iscritti da almeno cinque anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia determinata secondo i criteri stabiliti dall'art. 33, comma 7 dell'ACN/2009;

c) medici pediatri presenti nella graduatoria regionale vigente per la medicina pediatrica.

Gli incarichi saranno assegnati secondo le priorità stabilite all'art. 33, comma 6 dell'ACN/2009.

I medici già titolari di incarico di assistenza pediatrica possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.

Si fa presente che ai sensi e per gli effetti dei commi 8 e 9 comma, art. 33 dell'ACN/2009:

1) il medico che ha accettato l'incarico per la copertura del posto carente è cancellato dalla graduatoria regionale valida per l'anno in corso, ai soli fini del conferimento degli incarichi di medicina pediatrica di base;

2) il medico pediatra già convenzionato che chiede l'assegnazione del posto carente per "trasferimento" e che accetta l'incarico relativo decade dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza al momento della sua accettazione del nuovo ambito territoriale.

Gli interessati dovranno inviare **entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso, **domanda in bollo** (Euro 14,62), utilizzando i moduli allegati al presente avviso e disponibili sul sito **www.regione.toscana.it/sst** alla voce "procedure" in "opportunità e scadenze".

Si ricorda che ai sensi del comma 3, art. 33 dell'ACN/2009, i medici che presentano domanda devono obbligatoriamente presentare dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, inserita nel corpo dell'istanza, pena la mancata attribuzione dei relativi punteggi aggiuntivi.

La sottoscrizione della domanda, ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000, non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

La domanda deve essere inviata esclusivamente a mezzo **Raccomandata A.R.**, all'**Azienda USL 10 di Firenze, S.C. Gestione del Personale e Rapporti con le OO.SS., Via di San Salvi, 12 - Villa Fabbri - 50135 Firenze,** e deve riportare sull'esterno della busta la scritta "*DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA"*

La convocazione dei medici per l'assegnazione degli incarichi è effettuata mediante raccomandata A.R. o telegramma secondo le modalità di cui all'art. 33 dell'ACN per la medicina generale. Nessuna responsabilità è posta in capo all'Azienda USL per il mancato ritiro della raccomandata in tempo utile.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(PER TRASFERIMENTO)

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL N. 10 FIRENZE **(1)**
S.C. GESTIONE DEL PERSONALE E RAPPORTI CON LE OO.SS.
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri
50135 - FIRENZE

Il/la sottoscritto/a. …… nato/a a ……

Prov…….. il ……. Codice Fiscale …….....

Residente a …… Via ……
.
n…….. CAP ……. Tel……. Cell…….

Indirizzo e-mail …….

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di cui all'Atto d'Intesa Stato/Regioni del 29.07.2009 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n n.19 dell'8 maggio 2013, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito ……. ASL …… Ambito …… ASL……...

Ambito ……. ASL…… Ambito……ASL……..

Ambito ……. ASL……. Ambito …….. ASL……

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Famiglia presso l'Azienda Sanitaria n…….di…… per l'ambito territoriale di ……..……..…… della Regione ……..…… dal ……...

2) di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza pediatrica

dal……..al …….. ambito …… Regione ……..

dal……. al …….. ambito …… Regione……..

3) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di.....
in data …….. con voto ……./110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data …….

5) di aver conseguito la specializzazione in pediatria in data……con voto……

6) di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia di …….……dal……..

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

di svolgere/non svolgere **(2)** altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale, (in caso affermativo dichiarare il tipo o i tipi di attività con numero di ore di impegno settimanale):
……. ore sett. …….
……. ore sett……
…… ore sett……

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:
……..
……..

Data ……..……. ……
(**firma autenticata**)*

(*) **ATTENZIONE**: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38, del DPR 445/2000. **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

(1) L'Azienda USL 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
(2) Cancellare la parte che non interessa

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite**.**

N.B.
- **Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui all'art. 33 comma 2 lett. a) dell'ACN/2009 ed accetta l'incarico decade, comunque, dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza .**
- **Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell'ACN/2009, il medico già titolare di incarico di assistenza primaria può partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(PER GRADUATORIA)

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL N. 10 FIRENZE **(1)**
S.C. GESTIONE DEL PERSONALE E RAPPORTI CON LE OO.SS.
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri
50135 - FIRENZE

Il/la sottoscritto/a. …… nato/a a ……

Prov…….. il ……. Codice Fiscale ……..

Residente a …… Via ……

n…….. CAP ……. Tel…… Cell…….

Indirizzo e-mail ……

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 29.07.2009, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.19 dell'8 maggio 2013, e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti; in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

Azienda USL 5 Pisa			
Ambito territoriale: Castelnuovo Val di Cecina/Pomarance**(1)**	1	50011	☐
Ambito territoriale: Montecatini Val di Cecina/Volterra**(2)**	1	50039	☐
Azienda USL 7 Siena			
Ambito territoriale: Monteroni d'Arbia e Murlo**(3)**	1	52017	☐
Ambito territoriale: Sinalunga, Torrita di Siena e Trequanda	1	52033	☐
Ambito territoriale: Castelnuovo Berardenga e Monteriggioni**(4)**	1	52006	☐
Azienda USL 11 Empoli			
Ambito territoriale: Montespertoli	1	48030	☐

(1) Con obbligo di apertura ambulatori nei territori dei Comuni di Castelnuovo Val di Cecina e Pomarance

(2) Con obbligo di apertura ambulatori nei territori dei Comuni di Montecatini Val di Cecina e Volterra

(3) Con obbligo di ambulatorio nel Comune di Murlo

(4) Con obbligo di apertura ambulatorio nei Comuni di Castelnuovo Berardenga e Monteriggioni: le sedi degli ambulatori saranno valutate con il Responsabile di Zona.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

1) di essere residente nel Comune di……..…… dal (gg/mm/aaaa) (2) ……

PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare gg/mm/aa)
dal …… al ……Comune di…….
dal …… al ……Comune di…….
dal …… al ……Comune di…….
dal …… al ……Comune di…….

2) di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica
3) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di.....in data ……..…….. con voto ……./110
4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data …….
5) di aver conseguito la specializzazione in Pediatria in data……...con voto……
6) di essere incluso nella graduatoria unica Regionale dei medici di medicina pediatrica valida per l'anno 2013
7) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia di ……dal…….

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:
……
……

Luogo e Data ……. ……
(**firma autenticata**)*

(***) ATTENZIONE:** La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38, del DPR 445/2000. **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

(1) L'Azienda USL 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
(2) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal **31/01/10.** In caso di indicazione del solo mese e anno la decorrenza verrà valutata dall'ultimo giorno del mese indicato; in caso di indicazione del solo anno la decorrenza verrà valutata dal 31/12 dell'anno indicato. La mancata compilazione degli spazi relativi alla residenza comporta la non attribuzione dei punteggi di cui art. 33. comma 3, lett. b) e c) ACN/2009.
(3) Cancellare la parte che non interessa

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B. :

1. **I medici già titolari di incarico di Assistenza Pediatrica possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN/2009, art. 15 comma 11).**
2. **Si fa presente che ai sensi dell'art. 33 comma 8, ACN/2009 è cancellato dalla graduatoria regionale ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza pediatrica il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto carente.**