

## AVVISO

### ZONE CARENTI PER L'ASSISTENZA PEDIATRICA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE TOSCANA – PUBBLICAZIONE 2021

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, AI SENSI DEL D.LGS. 502/1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI.

In attuazione dell'art. 33 comma 1 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta (ACN), si pubblica l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di pediatria comprensivi di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 32 dello stesso ACN.

<b>AZIENDA USL TOSCANA CENTRO</b>		
<b>AMBITO TERRITORIALE</b>	<b>N° posti</b>	<b>NOTE</b>
Firenze	2	<ul style="list-style-type: none"><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nel Quartiere 5 zona Le Piagge</li><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nel Quartiere 1</li></ul>
Calenzano-Sesto Fiorentino	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Sesto Fiorentino
Bagno a Ripoli	1	Con decorrenza 06/09/2021
San Casciano Val di Pesa, Barberino-Tavarnelle Val di Pesa	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Barberino-Tavarnelle Val di Pesa
Greve in Chianti - Impruneta	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nella frazione Tavarnuzze (comune di Impruneta)
Pistoia-Marliana	1	
Monsummano Terme-Montecatini Terme-Pieve a Nievole	2	<ul style="list-style-type: none"><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Montecatini Terme</li><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Monsummano Terme</li></ul>
Montemurlo-Prato	2	<ul style="list-style-type: none"><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Prato Nord</li><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Prato Ovest</li></ul>
Carmignano - Poggio a Caiano	1	
San Miniato	1	

<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b>		
<b>AMBITO TERRITORIALE</b>	<b>N° posti</b>	<b>NOTE</b>
Lucca 2: Altopascio, Capannori-Porcari-Montecarlo, Villa Basilica	1	Con vincolo di ambulatorio principale nel comune di Altopascio

Capannoli, Palaia, Peccioli, Terricciola	1	Con vincolo di apertura di ambulatorio a Peccioli e nella frazione Forcoli (comune di Palaia)
--	---	---

<b>AZIENDA USL TOSCANA SUD EST</b>		
<b>AMBITO TERRITORIALE</b>	<b>N° posti</b>	<b>NOTE</b>
Poggibonsi, Colle Val d'Elsa, San Gimignano, Casole d'Elsa, Radicondoli	1	Con obbligo di ambulatorio a Casole d'Elsa e Radicondoli
Siena	2	
Castellina in Chianti, Radda in Chianti, Gaiole in Chianti, Monteriggioni e Castelnuovo B.ga	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Castellina in Chianti e accessi settimanali a Radda in Chianti e Gaiole in Chianti
Follonica, Gavorrano, Massa Marittima, Monterotondo, Montieri, Scarlino	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Follonica e con due accessi settimanali nel comune di Massa Marittima
Bibbiena, Castel Focognano, Chitignano, Chiusi della Verna, Ortignano Raggiolo, Talla	1	
Cortona, Castiglion Fiorentino, Lucignano, Foiano della Chiana, Marciano della Chiana	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Foiano della Chiana
Monte San Savino	1	

Ai sensi dell'art. 33, comma 5 , lett. a) b) c) d) del vigente ACN, possono presentare domanda per la copertura di posti carenti:

- a) Per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato in Regione Toscana da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgono altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.
- b) Per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgono altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

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

Per l'assegnazione degli incarichi, i medici di cui alle lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva negli elenchi dei pediatri convenzionati, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18 comma 1 del vigente ACN.

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

I medici di cui alla lettera c) sono graduati i criteri stabiliti dall'art. 33, comma 7 del vigente ACN.

- d) i pediatri che hanno frequentato la scuola di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti, ai sensi della tabella B del D.M. 30.01.1998 e s.m.i. (quinquennio 2014-2019) e che entro il 31 gennaio 2020 avrebbero potuto presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale valida per il conferimento degli incarichi nell'anno 2021, ma per cause a loro non imputabili (quali assenze per malattia, gravidanza, e cc.) hanno conseguito il titolo oltre il termine di scadenza della domanda di inclusione in graduatoria per l'anno 2021 (scadenza del 31/01/2020).

Tali pediatri concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, voto di specializzazione e minore età, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda e, successivamente, nella regione Toscana e fuori regione.

Si fa presente che, ai sensi e per gli effetti del comma 16, art. 33 del vigente ACN, 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. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Ai sensi dell'art. 33 comma 1 del vigente ACN, la presente pubblicazione è effettuata anche con riferimento agli ambiti che si renderanno disponibili nel corso del corrente anno; si evidenzia che, per l'assegnazione di tali ambiti, il conferimento dell'incarico decorrerà dal momento dell'effettiva cessazione.

Si specifica che il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico.

### **Modalità di presentazione della domanda**

I medici di cui ai sopra richiamati punti a), b), c), d) dovranno inviare, entro 20 giorni dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica domanda in bollo (Euro 16,00) utilizzando gli appositi moduli disponibili sul sito della Regione Toscana [www.regione.toscana.it/sst](http://www.regione.toscana.it/sst) alla voce "procedure" in "opportunità e scadenze".

A pena di esclusione, le domande dovranno essere presentate utilizzando, per ciascuna modalità di partecipazione (trasferimento, graduatoria, ecc...), lo specifico schema di domanda allegato al presente avviso.

La domanda dovrà essere firmata secondo una delle seguenti modalità:

1. con firma autografa su carta, in forma estesa e leggibile, scansionata e accompagnata da copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000);
2. con firma digitale o qualificata intestata al candidato utilizzabile per qualunque tipo di trasmissione.

Al momento dell'invio della domanda il medico deve avere provveduto al pagamento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00. Nel caso di assolvimento dell'imposta tramite modello F23 o altra modalità telematica, è richiesto l'invio dell'attestazione del pagamento unitamente alla domanda.

La domanda deve essere inviata, esclusivamente per PEC, da casella di posta elettronica certificata di cui il candidato sia titolare, all'indirizzo **personaleconvenzionato@postacert.toscana.it** e deve riportare chiaramente nell'oggetto la dicitura "DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA"

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. Nel computo dei termini si esclude il giorno iniziale, e, se il giorno di scadenza fosse festivo, la scadenza è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo. I giorni festivi si computano nel termine.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della Posta Elettronica Certificata (PEC).

Il candidato è tenuto a verificare l'effettiva ricezione della domanda da parte dell'Azienda USL Toscana Centro attraverso la "ricevuta di avvenuta consegna" rilasciata dai sistemi telematici: l'assenza di tale ricevuta indica che la comunicazione non è stata recapitata ai sistemi aziendali.

L'Amministrazione si riserva di procedere all'eventuale ammissione nei casi di omissione della firma a sottoscrizione della domanda o di mancanza di copia recante scansione del documento di identità, qualora, per la tipologia di strumento telematico di trasmissione utilizzato, il proponente risulti identificabile in modo certo.

### **Modalità di convocazione per l'assegnazione degli incarichi vacanti**

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

Nel modulo di domanda dovrà essere indicato il domicilio digitale del candidato che deve coincidere con l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) .

Le graduatorie relative al presente avviso saranno pubblicate sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro, entro il prossimo 9 giugno 2021, al seguente link di riferimento (Ausl Toscana Centro/Personale convenzionato/Procedure Zone Carenti): <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/procedure-zone-carenti>

Successivamente alla suddetta pubblicazione, ai fini dell'assegnazione degli ambiti territoriali carenti, tutti i medici presenti nelle graduatorie saranno convocati con specifico avviso pubblicato sul sito web dell'Azienda USL Toscana Centro al link di riferimento sopra richiamato.

La convocazione tramite avviso sul sito Aziendale costituisce convocazione ufficiale dei medici ai fini dell'assegnazione degli incarichi e sostituisce a tutti gli effetti la convocazione tramite PEC o raccomandata. Nessuna ulteriore comunicazione sarà inviata per PEC o raccomandata relativamente all'espletamento delle procedure di assegnazione degli ambiti territoriali carenti.

L'azienda USL Toscana Centro è sollevata da ogni responsabilità per eventuali disguidi nel recapito determinati dalla mancata apposizione della corretta dicitura nell'oggetto della mail trasmessa tramite PEC, per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda e per eventuali disguidi non imputabili all'azienda stessa.

**Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 Regolamento europeo n. 679/2016:** ai sensi dell'art.13 del Reg. UE/679/2016, si informa che i dati personali che l'Azienda USL Toscana Centro, in qualità di Titolare del trattamento, acquisisce, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dall'art. 33 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

Il titolare del trattamento dati è l'Azienda USL Toscana Centro.

Dati di contatto:dott. Bruno Latella – Direttore SOC Pediatri di Famiglia e Specialisti ambulatoriali – Tel. 0556933065 – e-mail: [bruno.latella@uslcentro.toscana.it](mailto:bruno.latella@uslcentro.toscana.it).

Il Responsabile della protezione dei dati personali designato dall'Ente è l'Avv. Michele Morriello – e-mail: [responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it](mailto:responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it).

Il conferimento dei dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di assegnazione degli ambiti carenti e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle suddette procedure di assegnazione .

I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.

I dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento, dott. Bruno Latella – Direttore SOC Pediatri di Famiglia e Specialisti ambulatoriali, per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Gli interessati hanno il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (Avv. Michele Morriello – e-mail: [responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it](mailto:responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it)) o, ricorrendone i presupposti, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

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

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

**(non coprire il numero  
identificativo)**

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
S.O.C. PEDIATRI DI FAMIGLIA E  
SPECIALISTI AMBULATORIALI  
PEC: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

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

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

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel.....Cell.....PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

ai sensi dell'art.33, comma 5 lettera a e lettera b del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta,

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.15 del 14 aprile 2021 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 ..... detratti eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 18 comma 1 del vigente ACN.
- 2) di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza pediatrica dal.....al ..... ambito ..... Regione ..... dal..... al ..... ambito ..... Regione..... detratti eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 18 comma 1 del vigente ACN.
- 3) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di..... in data ..... con voto ...../110
- 4) di aver conseguito la specializzazione in pediatria in data..... con voto.....
- 5) 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:

..... ore sett. ....  
..... ore sett. ....  
..... ore sett. ....

## DICHIARA ALTRESÌ

1.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 apposta sulla presente domanda e di aver annullato la stessa; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:  
data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) e ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ (hh:mm) di emissione;  
IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_ e di conservare l'originale della domanda per i controlli previsti dalla normativa vigente impegnandosi a produrla in sede di convocazione;  

oppure  
(barrare la casella relativa all'opzione utilizzata)
- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
2. di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, riportata nell'avviso di pubblicazione delle zone carenti 2021.

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

- (\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).  
**L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

### NOTE:

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

### N.B.

Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui all'art. 33 comma 5 lett. a) e b) del vigente ACN Pediatria ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza.

Ai sensi dell'art. 15 comma 3 dell'ACN/2009, i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato possono 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 (€ 16,00 )

da annullare con data.

**(non coprire il numero  
identificativo)**

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
S.O.C. PEDIATRI DI FAMIGLIA E  
SPECIALISTI AMBULATORIALI  
PEC: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

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

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

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel.....Cell.....PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

ai sensi dell'art. 33, comma 5, lettera c) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta,

**FA DOMANDA**

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.15 del 14 aprile 2021, 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):

<b>AZIENDA USL TOSCANA CENTRO</b>			
<b>AMBITO TERRITORIALE</b>	<b>N° Posti</b>	<b>NOTE</b>	<b>Scelta</b>
Firenze	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nel Quartiere 5 zona Le Piagge</li> <li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nel Quartiere 1</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Calenzano-Sesto Fiorentino	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Sesto Fiorentino	<input type="checkbox"/>
Bagno a Ripoli	1	Con decorrenza 06/09/2021	<input type="checkbox"/>
San Casciano Val di Pesa, Barberino-Tavarnelle Val di Pesa	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Barberino-Tavarnelle Val di Pesa	<input type="checkbox"/>
Greve in Chianti - Impruneta	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nella frazione Tavarnuzze (comune di Impruneta)	<input type="checkbox"/>
Pistoia-Marliana	1		<input type="checkbox"/>
Monsummano Terme-Montecatini Terme-Pieve a Nievole	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Montecatini Terme</li> <li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

		due giorni a settimana a Monsummano Terme	
Montemurlo-Prato	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Prato Nord</li> <li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Prato Ovest</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Carmignano - Poggio a Caiano	1		<input type="checkbox"/>
San Miniato	1		<input type="checkbox"/>

### AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

AMBITO TERRITORIALE	N° Posti	NOTE	Scelta
Lucca 2: Altopascio, Capannori-Porcari-Montecarlo, Villa Basilica	1	Con vincolo di ambulatorio principale nel comune di Altopascio	<input type="checkbox"/>
Capannoli, Palaia, Peccioli, Terricciola	1	Con vincolo di apertura di ambulatorio a Peccioli e nella frazione di Forcoli (comune di Palaia)	<input type="checkbox"/>

### AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

AMBITO TERRITORIALE	N° Posti	NOTE	Scelta
Poggibonsi, Colle Val d'Elsa, San Gimignano, Casole d'Elsa, Radicondoli	1	Con obbligo di ambulatorio a Casole d'Elsa e Radicondoli	<input type="checkbox"/>
Siena	2		<input type="checkbox"/>
Castellina in Chianti, Radda in Chianti, Gaiole in Chianti, Monteriggioni e Castelnuovo B.ga	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Castellina in Chianti e accessi settimanali a Radda in Chianti e Gaiole in Chianti	<input type="checkbox"/>
Follonica, Gavorrano, Massa Marittima, Monterotondo, Montieri, Scarlino	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Follonica e con due accessi settimanali nel comune di Massa Marittima	<input type="checkbox"/>
Bibbiena, Castel Focognano, Chitignano, Chiusi della Verna, Ortignano Raggiolo, Talla	1		<input type="checkbox"/>
Cortona, Castiglion Fiorentino, Lucignano, Foiano della Chiana, Marciano della Chiana	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Foiano della Chiana	<input type="checkbox"/>
Monte San Savino	1		<input type="checkbox"/>

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)<sup>(2)</sup> .....

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 la specializzazione in Pediatria in data.....con voto.....
- 5) di essere incluso nella graduatoria unica Regionale dei medici di medicina pediatrica valida per l'anno 2021
- 6) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia di ..... dal.....

### DICHIARA ALTRESÌ

1.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 apposta sulla presente domanda e di aver annullato la stessa; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:  
data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) e ora \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh:mm) di emissione;  
IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_ e di conservare l'originale della domanda per i controlli previsti dalla normativa vigente impegnandosi a produrla in sede di convocazione;  

oppure  
(barrare la casella relativa all'opzione utilizzata)
- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
2. di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, riportata nell'avviso di pubblicazione delle zone carenti 2021.

Luogo e Data .....  

.....  
**(firma autenticata)\***

- (\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).  
**L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

#### NOTE:

- (1) L'Azienda USL Toscana Centro provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal **31/01/2018**. 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 dicembre 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) del vigente ACN.
- (3) Cancellare la parte che non interessa.

#### N.B.:

I medici già titolari di incarico di Assistenza Pediatrica possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (vigente ACN, art. 15 comma 11).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA  
(art. 33 comma 5 lett. d) ACN vigente)**

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

**(non coprire il numero  
identificativo)**

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
S.O.C. PEDIATRI DI FAMIGLIA E  
SPECIALISTI AMBULATORIALI  
PEC: [personaleconvenzionato@postacert.toscana.it](mailto:personaleconvenzionato@postacert.toscana.it)

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

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

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel.....Cell.....PEC (*obbligatoria*):.....

E-mail .....

ai sensi dell'art. 33, comma 5, lettera c) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta,

**FA DOMANDA**

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.15 del 14 aprile 2021, 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):

<b>AZIENDA USL TOSCANA CENTRO</b>			
<b>AMBITO TERRITORIALE</b>	<b>N° Posti</b>	<b>NOTE</b>	<b>Scelta</b>
Firenze	2	<ul style="list-style-type: none"><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nel Quartiere 5 zona Le Piagge</li><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nel Quartiere 1</li></ul>	<input type="checkbox"/>
Calenzano-Sesto Fiorentino	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Sesto Fiorentino	<input type="checkbox"/>
Bagno a Ripoli	1	Con decorrenza 06/09/2021	<input type="checkbox"/>
San Casciano Val di Pesa, Barberino-Tavarnelle Val di Pesa	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Barberino-Tavarnelle Val di Pesa	<input type="checkbox"/>
Greve in Chianti - Impruneta	1	Con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana nella frazione Tavarnuzze (comune di Impruneta)	<input type="checkbox"/>
Pistoia-Marliana	1		<input type="checkbox"/>
Monsummano Terme-Montecatini Terme-Pieve a Nievole	2	<ul style="list-style-type: none"><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Montecatini Terme</li><li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Monsummano Terme</li></ul>	<input type="checkbox"/>

Montemurlo-Prato	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Prato Nord</li> <li>• uno con obbligo di apertura ambulatorio almeno due giorni a settimana a Prato Ovest</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Carmignano - Poggio a Caiano	1		<input type="checkbox"/>
San Miniato	1		<input type="checkbox"/>

### AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

AMBITO TERRITORIALE	N° Posti	NOTE	Scelta
Lucca 2: Altopascio, Capannori-Porcari-Montecarlo, Villa Basilica	1	Con vincolo di ambulatorio principale nel comune di Altopascio	<input type="checkbox"/>
Capannoli, Palaia, Peccioli, Terricciola	1	Con vincolo di apertura di ambulatorio a Peccioli e nella frazione di Forcoli (comune di Palaia)	<input type="checkbox"/>

### AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

AMBITO TERRITORIALE	N° Posti	NOTE	Scelta
Poggibonsi, Colle Val d'Elsa, San Gimignano, Casole d'Elsa, Radicondoli	1	Con obbligo di ambulatorio a Casole d'Elsa e Radicondoli	<input type="checkbox"/>
Siena	2		<input type="checkbox"/>
Castellina in Chianti, Radda in Chianti, Gaiole in Chianti, Monteriggioni e Castelnuovo B.ga	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Castellina in Chianti e accessi settimanali a Radda in Chianti e Gaiole in Chianti	<input type="checkbox"/>
Follonica, Gavorrano, Massa Marittima, Monterotondo, Montieri, Scarlino	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Follonica e con due accessi settimanali nel comune di Massa Marittima	<input type="checkbox"/>
Bibbiena, Castel Focognano, Chitignano, Chiusi della Verna, Ortignano Raggiolo, Talla	1		<input type="checkbox"/>
Cortona, Castiglion Fiorentino, Lucignano, Foiano della Chiana, Marciano della Chiana	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Foiano della Chiana	<input type="checkbox"/>
Monte San Savino	1		<input type="checkbox"/>

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

- 4) di aver frequentato la scuola di specializzazione in Pediatria nel quinquennio 2014/2019 e di aver conseguito la specializzazione in Pediatria successivamente al 31/01/2020<sup>(2)</sup>, in data ..... con voto.....presso.....
- 5) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia di ..... dal.....

### DICHIARA ALTRESÌ

1.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 apposta sulla presente domanda e di aver annullato la stessa; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:  
data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) e ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ (hh:mm) di emissione;  
IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_ e di conservare l'originale della domanda per i controlli previsti dalla normativa vigente impegnandosi a produrla in sede di convocazione;

oppure

(barrare la casella relativa all'opzione utilizzata)

- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
2. di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, riportata nell'avviso di pubblicazione delle zone carenti 2021.

Luogo e Data .....

.....  
**(firma autenticata)\***

- (\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).  
**L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

#### **NOTE:**

- (1) L'Azienda USL Toscana Centro provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) Ai sensi dell'art. 33 comma 5 lett. d) del vigente ACN, è consentita la partecipazione alla procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti, ai pediatri che hanno frequentato la scuola di specializzazione che avrebbe consentito la partecipazione alla graduatoria di pediatria valida per l'anno 2021 (quinquennio 2014-2019) che hanno ritardato l'acquisizione del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del DM 30/1/1998 e s.m.i., per cause a loro non imputabili, dopo il 31/01/2020.