

## **AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE - SECONDO SEMESTRE 2021**

In attuazione dell'art. 92 comma 3 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale (ACN), si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di medico di emergenza sanitaria territoriale, individuati dalle Aziende USL.

<b>AZIENDA</b>	<b>n° incarichi vacanti a 38 ore settimanali</b>
<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b>	24
<b>AZIENDA USL TOSCANA CENTRO</b>	12
<b>AZIENDA USL TOSCANA SUD EST</b>	10

### **TOTALE INCARICHI 46**

Ai sensi dell'art. 92 del vigente ACN, le Aziende Sanitarie Locali conferiscono incarichi a tempo indeterminato, secondo il seguente ordine di priorità, a:

- a) medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la Emergenza Sanitaria Territoriale in un'Azienda della Regione Toscana o in un'Azienda di altra Regione a condizione che risultino titolari, rispettivamente, da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. 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 incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale detratti gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 18 comma 1 del vigente ACN. In caso di pari posizione, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea e infine anzianità di laurea.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (art. 92 comma 7 del vigente ACN).

- b) medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:
- 1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale;
  - 2) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
  - 3) medici inseriti nella graduatoria regionale settore Emergenza Sanitaria Territoriale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.
- c) medici che abbiano frequentato il corso di formazione specifica in medicina generale nel triennio 2016-2019 e abbiano ritardato l'acquisizione del titolo oltre il 31/01/2020, termine di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione alla graduatoria regionale valida per l'anno 2021, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- d) in caso di mancata assegnazione degli incarichi ai sensi dell'art 92 dell'ACN ai medici di cui alle lettere a) b) e c), potranno concorrere al conferimento degli incarichi rimasti vacanti: i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale non inclusi nella graduatoria regionale valida per il 2021 e non compresi nella categoria di cui alla precedente lettera c).

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Ai sensi dell'art. 92 comma 6-bis del vigente ACN per la Medicina Generale, in caso di mancata assegnazione degli incarichi vacanti ai medici di cui alle lettere a), b) ,c) e d), possono concorrere al conferimento degli incarichi, secondo il seguente ordine di priorità:

- e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12.
- f) i medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

I medici di cui alle lettere e) e f) sono graduati, nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base a:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea
- voto di laurea
- anzianità di laurea

con priorità di interpello per i medici residenti, alla data di pubblicazione delle carenze, nel territorio dell'Azienda USL di riferimento, nella regione Toscana e da ultimo fuori Regione.

Ai sensi dell'art. 92, comma 6-bis del vigente ACN per la Medicina Generale, possono presentare domanda esclusivamente i medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale frequentanti il corso di formazione specifica in Medicina Generale organizzato da Regione Toscana.

Per attestare il possesso del titolo di idoneità di cui al precedente punto, gli interessati devono presentare una dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, già inserita nel modulo della domanda.

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

I medici interessati 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 anche 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 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 AGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE".

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.

La data di pubblicazione delle graduatorie relative al presente avviso e, successivamente, le date di convocazione degli aventi titolo, saranno comunicate ai candidati mediante specifico avviso che sarà pubblicato a partire dal giorno **22 novembre 2021** sul sito istituzionale dell'Azienda USL Toscana Centro al seguente indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/procedure-zone-carenti>.

Le comunicazioni rese con le modalità di cui al precedente capoverso hanno valore di notifica e nessuna ulteriore comunicazione sarà inviata per PEC o raccomandata relativamente all'espletamento delle procedure di assegnazione degli ambiti territoriali carenti. In particolare, 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.

I medici dovranno presentarsi in sede di convocazione muniti di valido documento di riconoscimento.

Nella oggettiva impossibilità di presentarsi nel giorno e ora indicati, il medico potrà inviare per PEC l'accettazione, con indicazione definitiva e vincolante dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda, che dovrà pervenire entro e non oltre 3 giorni antecedenti la data e l'ora di convocazione indicata.

La mancata dichiarazione di accettazione rilasciata personalmente o tramite PEC entro i termini indicati, sarà considerata rinuncia ai sensi dell'art. 34 ACN 23.03.2005 e s.m.i.

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. 63 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

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

Dati di contatto: dott. Bruno Latella - Direttore SOC MMG e Continuità Assistenziale - 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 MMG e Continuità Assistenziale, per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati 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: [responsabile\\_protezionedati@uslcentro.toscana.it](mailto:responsabile_protezionedati@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 INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(PER TRASFERIMENTO)**

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

**(non coprire il numero  
identificativo)**

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
AREA PERSONALE CONVENZIONATO  
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE  
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.92, comma 6, lettera a) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n 42 del 20 ottobre 2021 presso una o più delle seguenti Aziende USL (**in mancanza di indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante**):

- AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**
- AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**
- AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**

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 di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria .....di ..... della Regione ..... dal .....

dichiara i seguenti periodi di eventuale sospensione dall'incarico, ai sensi dell'art. 18, comma 1) del vigente ACN medicina generale:

.....  
.....

2) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale:

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

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

dichiara i seguenti periodi di eventuale sospensione dall'incarico, ai sensi dell'art. 18, comma 1) del vigente ACN medicina generale:

.....  
.....

- 3) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96 ACN /2009 conseguito in data ..... presso l'Azienda sanitaria locale ..... Regione .....
- 4) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di ..... in data ..... con voto ...../110
- 5) di essere iscritto all'Albo provinciale dell'Ordine dei Medici della Provincia di ..... dal.....

### DICHIARA ALTRESÌ

1.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 con apposizione della marca 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 e di impegnarsi 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.

### **N.B.**

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 92 comma 16 del vigente ACN, il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui all'art. 92 comma 6, lett. a) dello stesso ACN in caso di accettazione, decade dall'incarico di provenienza.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(PER GRADUATORIA)**

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

(non coprire il numero  
identificativo)

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
AREA PERSONALE CONVENZIONATO  
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE  
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.92, comma 6, lettera b) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale

**FA DOMANDA**

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n 42 del 20 ottobre 2021, presso una o più delle seguenti Aziende USL (**in mancanza di indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante**):

- AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**
- AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**
- AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**

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..... con decorrenza dal.....
- 2) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale
- 3) di essere/non essere<sup>(2)</sup> titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale dal ..... presso l'ASL ..... della Regione .....
- 4) di essere incluso nella graduatoria regionale e valida per l'anno 2021
- 5) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96 ACN /2009 conseguito in data.....presso l'Azienda Sanitaria Locale ..... Regione .....
- 6) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di ..... in data ..... con voto ...../110

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

**DICHIARA ALTRESÌ**

1.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 con apposizione della marca 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 e di impegnarsi 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



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
(medici non inclusi in graduatoria regionale e in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina  
generale di cui alle lettere c) e d) dell'avviso )

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

(non coprire il numero  
identificativo)

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
AREA PERSONALE CONVENZIONATO  
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE  
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 di quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lett. c del vigente ACN per la Medicina Generale,

**FA DOMANDA**

per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la Emergenza Sanitaria Territoriale, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 42 del 20 ottobre 2021, presso una o più delle seguenti Aziende Sanitarie Locali (**individuare l'Azienda prescelta, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante**):

- AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**
- AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**
- AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**

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 .....
- 2) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di ..... in data ..... con voto ...../110
- 3) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della provincia di ..... dal.....
- 5) di aver frequentato il corso di formazione in medicina generale relativo al triennio ..... e di essere in possesso del titolo di formazione in Medicina Generale di cui al D. Lgs 256/91 conseguito in data..... nella Regione.....

- 6) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96 ACN /2009 conseguito in data..... presso l'Azienda Sanitaria Locale ..... Regione .....

### DICHIARA ALTRESÌ

1.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 con apposizione della marca 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 e di impegnarsi 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.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(D.L. 135/2018 convertito dalla L. 12/2019 e D.L.35/2019 convertito dalla L. 60/2019 - medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

(non coprire il numero  
identificativo)

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
AREA PERSONALE CONVENZIONATO  
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE  
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.92, comma 6-bis del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, e, specificamente (barrare la voce che interessa):

- ai sensi di quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12,  
oppure
- ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60,

**FA DOMANDA**

per gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n 42 del 20 ottobre 2021, nelle seguenti Aziende Sanitarie Locali (**individuare l'Azienda prescelta, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun posto vacante**):

- AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**
- AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**
- AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**

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 artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di..... in data..... con voto...../110;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
3. di frequentare il  primo  
 secondo  
 terzo anno

del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale ...../  
..... presso la Regione Toscana e di avere effettivamente iniziato il corso in  
data.....

4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96 ACN /2009 conseguito in data.....presso l'Azienda sanitaria locale .....Regione.....
5. di essere residente nel Comune di..... prov..... dal.....

#### **DICHIARA INOLTRE**

1. di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Toscana
2.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 con apposizione della marca 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 e di impegnarsi 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;
3. 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.**
- (1) L'Azienda USL Toscana Centro provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.