

**AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
SECONDO SEMESTRE 2020**

Denominazione	n° incarichi vacanti a 38 ore settimanali
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST	27
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	10
AZIENDA USL TOSCANA SUD EST	10

TOTALE INCARICHI 47

Ai sensi dell'art. 92 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, 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 ACN/2009).

- 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 2015-2018 e abbiano ritardato l'acquisizione del titolo oltre il 31/01/2019, termine di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione alla graduatoria regionale valida per l'anno 2020, 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 2020 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 dell'ACN per la Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i. come inserito dall'art. 11 dell'ACN 18/6/2020, in caso di mancata assegnazione degli incarichi vacanti ai suddetti 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 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 deve essere inviata 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".

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).

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 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.

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.

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

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).

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.

La convocazione dei medici per l'assegnazione degli incarichi e ogni comunicazione relativa al presente avviso saranno effettuate a mezzo PEC.

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 f.f. SOC MMG e Continuità Assistenziale - Tel.0556933065
e-mail: 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.

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. Dino Ravaglia – 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) 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 ⁽¹⁾
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 43 del 21 ottobre 2020 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 Sanitariadi 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.....alASL 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 2020.

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 ACN /2009, il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui all'art. 92 comma 6, lett. a) ACN/2009 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 ⁽¹⁾
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) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all' Atto d'intesa Stato/Regioni del 29.07.2009 come modificato dall' ACN 21/6/2018

FA DOMANDA

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n 43 del 21 ottobre 2020 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⁽²⁾ 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 2020
- 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 2020.

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 ⁽¹⁾
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. n 43 del 21 ottobre 2020 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 2020.

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 ⁽¹⁾
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 dell'ACN per la Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i. come inserito dall'art. 11 dell'ACN 18/6/2020, e, specificamente:

- 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
(barrare la voce che interessa)
- 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 43 del 21 ottobre 2020 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 localeRegione.....
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 2020.

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.