

**ZONE CARENTI PER L' EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
SECONDO SEMESTRE 2019**

Denominazione	n° incarichi vacanti a 38 ore settimanali
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST	13
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	15
AZIENDA USL TOSCANA SUD EST	10

TOTALE INCARICHI 38

L'art. 92 dell'ACN 29.07.2009 come modificato dall'art. 7 ACN 21/6/2018 dispone che per lo svolgimento della attività di emergenza sanitaria territoriale, le Aziende Sanitarie Locali conferiscono incarichi a tempo indeterminato secondo il seguente ordine di priorità:

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 settore Emergenza Sanitaria Territoriale 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 2014 - 2017 e abbiano ritardato l'acquisizione del titolo oltre il 31/01/2018, termine di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione alla graduatoria regionale valida per l'anno 2019, 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) qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art 92 del vigente ACN, uno o più incarichi rimangano non assegnati, possono concorrere al loro conferimento:
- 1) i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale non inclusi nella graduatoria regionale valida per il 2019 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.
 - 2) i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale istituito dalla Regione Toscana, ai sensi dell'art. 9 DL 135/2018 convertito con L. 12/2019. I medici sono interpellati nel seguente ordine:
 - medici frequentanti la terza annualità di frequenza del corso
 - medici frequentanti la seconda annualità di frequenza del corso
 - medici frequentanti la prima annualità di frequenza del corsoA parità di annualità di frequenza in ciascuna categoria, i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:
 - minore età al conseguimento del diploma di laurea
 - voto di laurea
 - anzianità di laureacon priorità di interpello per i medici residenti, alla data di pubblicazione delle carenze, nel territorio dell'Azienda USL di riferimento.

Per concorrere al conferimento degli incarichi tutti i medici di cui alle sopra richiamate lettere a) b) c) d) devono essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito dopo la frequenza e il superamento dell'esame finale dei corsi di formazione svolti dalle Aziende Sanitarie Locali entro il termine della presentazione della domanda per la copertura del turno vacante.

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

Gli 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, per ciascuna modalità di partecipazione (trasferimento, graduatoria, ecc...), lo specifico schema di domanda allegato al presente avviso.

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.

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 USL Toscana Centro – Area Personale Convenzionato – S.O.C. MMG e Continuità Assistenziale, Via dei Cappuccini 79 – 50053 EMPOLI (FI), a mezzo Raccomandata A.R. e deve riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta "DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI TURNI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE "

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 convocazione dei medici per l'assegnazione degli incarichi è effettuata mediante raccomandata A.R. o telegramma. Nessuna responsabilità è posta in capo all'Azienda USL per il mancato ritiro della raccomandata in tempo utile.

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. Dino Ravaglia – Direttore SOC MMG e Continuità Assistenziale – Tel. 0571702966 – e-mail: dino.ravaglia@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)

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO ⁽¹⁾
AREA PERSONALE CONVENZIONATO
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE
Via Dei Cappuccini, 79
50053 – EMPOLI (FI)

Il/la sottoscritto/a nato/a a Prov.....
il..... Codice Fiscale..... Residente a
..... Prov..... Via n.....
CAP..... Tel..... Cell..... Indirizzo e-mail
.....

ai sensi dell'art.92, comma 6, lettera a) 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 DI TRASFERIMENTO

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 43 del 23 Ottobre 2019 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.....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 aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data

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

Dichiara, inoltre, 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 relativo all'anno 2019.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....
.....

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

(*) 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.**

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 comma16 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)

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO ⁽¹⁾
AREA PERSONALE CONVENZIONATO
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE
Via Dei Cappuccini, 79
50053 – EMPOLI (FI)

Il/la sottoscritto/a nato/a Prov.....
il..... Codice Fiscale..... Residente a
..... Prov..... Via n.....
CAP..... Tel..... Cell..... Indirizzo 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 23 Ottobre 2019 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 settore Emergenza Sanitaria Territoriale valida per l'anno 2019
- 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 aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data
- 8) di essere iscritto all'Albo provinciale dell'Ordine dei Medici della Provincia di dal.....

Dichiara, inoltre, 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 relativo all'anno 2019.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:
.....
.....

Luogo e data
.....

(firma autenticata)*

(*) 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.

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 ai punti c) e d.1 dell'avviso)

MARCA DA BOLLO (€ 16,00)

Raccomandata A.R

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO ⁽¹⁾
AREA PERSONALE CONVENZIONATO
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE
Via Dei Cappuccini, 79
50053 – EMPOLI (FI)

Il/la sottoscritto/a..... nato a
Prov..... il Codice Fiscale
Residente a Via
n..... CAP Tel..... Cell.....
Indirizzo 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. 43 del 23 Ottobre 2019 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 aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data
- 4) 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, inoltre, 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 2019.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....

Luogo e data

.....
(firma autenticata)*

(*) 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.

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 AMBITI TERRITORIALI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**(DL 135/2018 convertito dalla L 12/2019 - medici frequentanti il corso di formazione specifica in
medicina generale iscritti ai corsi di formazione specifica in medicina generale organizzati dalla
Regione Toscana)**

MARCA DA BOLLO (€ 16,00)

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO ⁽¹⁾
AREA PERSONALE CONVENZIONATO
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE
Via Dei Cappuccini, 79
50053 – EMPOLI (FI)

Il/la sottoscritto/a Dr.....

nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

e-mail:

ai sensi di quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con Legge n.12/2019,

FA DOMANDA

- per gli ambiti territoriali vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 43 del 23 Ottobre 2019 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 iniziato 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

- di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 ACN per la Medicina Generale, come modificato dall'art.7 ACN 21/6/2018, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale, tra quelli indicati nella domanda, rimarranno non assegnati;
- 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
- 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 2019.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Luogo e data:

.....

(Firma autenticata *)

- (*) 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 Toscana Centro provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.