

## AVVISO

### ZONE CARENTI PER L'ASSISTENZA PEDIATRICA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE TOSCANA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2019

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

In attuazione dell'art. 33 comma 19 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. si pubblica in via straordinaria l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di pediatria individuati dalle Aziende Sanitarie sulla base dei criteri di cui all'art. 32 del vigente ACN.

AZIENDA USL	AMBITO TERRITORIALE	N° POSTI	NOTE
TOSCANA CENTRO	Fiesole/Vaglia	1	Con vincolo di apertura di ambulatorio due volte a settimana nel Comune di Vaglia e due volte a settimana nella frazione di Compiobbi.

Ai sensi dell'art. 33, comma 5 , lett. a) b) c) d) del vigente ACN per la Pediatria di libera scelta, 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 2 anni nell'ambito territoriale di provenienza che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano 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 svolgano 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 ai punti 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., e che entro il 31 gennaio 2018 avrebbero potuto presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale valida per il conferimento degli incarichi nell'anno 2019, 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 2019 (scadenza del 31/01/2018).

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.

- e) ai sensi dell'art. 33 comma 12 del vigente ACN per la Pediatria di libera scelta, concluse le procedure di cui alle precedenti lett. a), b), c), qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede

pubblicazione del relativo link sul sito SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. Le domande presentate dai suddetti medici sono ordinate secondo la seguente priorità:

- 1) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni
- 2) medici in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i.

A tal fine, i candidati di cui al punto 1) sono graduati sulla base del punteggio attribuito nella vigente graduatoria di provenienza e, in caso di pari punteggio, prevalgono nell'ordine: l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e la minore età.

I candidati di cui al punto 2) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età. con priorità di interpello per i pediatri residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione 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.

### **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".

I medici di cui al punto e) potranno presentare domanda entro 30 giorni dalla data di pubblicazione da parte della Sisac degli ambiti rimasti vacanti; tale data sarà consultabile sul sito della Regione Toscana [www.regione.toscana.it/sst](http://www.regione.toscana.it/sst) alla voce "procedure" in "opportunità e scadenze". La domanda di partecipazione in bollo (Euro 16,00) dovrà essere presentata utilizzando gli appositi moduli che saranno resi 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.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. Nel computo dei termini si esclude il giorno iniziale, e, se il giorno di scadenza è 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. Pediatri di famiglia e Specialisti ambulatoriali, Via di San Salvi 12 - Villa Fabbri - 50135 Firenze, a mezzo Raccomandata A.R. e deve riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta "DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA"

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.

Si ricorda che ai sensi del comma 7 art. 33 del vigente ACN, i medici che presentano domanda devono obbligatoriamente presentare dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, inserita nel corpo dell'istanza, pena la mancata attribuzione dei relativi punteggi aggiuntivi.

**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 )

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
S.O.C. PEDIATRI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI  
AMBULATORIALI  
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri  
50135 - FIRENZE

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

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

Residente a ..... Via .....

.n..... CAP ..... Tel..... Cell.....

Indirizzo e-mail .....

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 dell'ambito territoriale carente per l'assistenza pediatrica pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 50 del 11 Dicembre 2019 sotto indicato:

AZIENDA USL	AMBITO TERRITORIALE	N° POSTI	NOTE
TOSCANA CENTRO	Fiesole/Vaglia	1	Con vincolo di apertura di ambulatorio due volte a settimana nel Comune di Vaglia e due volte a settimana nella frazione di Compiobbi.

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 l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....

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

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

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

### DICHIARA

di svolgere/non svolgere (2) altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda:

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

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....

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.

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, del 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

### 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 11 dell'ACN/2005 e s.m.i., 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 )

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
S.O.C. GPEDIATRI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI  
AMBULATORIALI  
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri  
50135 - FIRENZE

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

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

Residente a ..... Via .....

n..... CAP ..... Tel..... Cell.....

Indirizzo e-mail .....

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 dell'ambito territoriale carente per l'assistenza pediatrica pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 50 del 11 Dicembre 2019 sotto indicato:

AZIENDA USL	AMBITO TERRITORIALE	N° POSTI	NOTE
TOSCANA CENTRO	Fiesole/Vaglia	1	Con vincolo di apertura di ambulatorio due volte a settimana nel Comune di Vaglia e due volte a settimana nella frazione di Compiobbi.

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 l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....

5) di aver conseguito la specializzazione in Pediatria in data.....con voto.....

- 6) di essere incluso nella graduatoria unica Regionale dei medici di medicina pediatrica valida per l'anno 2019  
7) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia di .....dal.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato:

.....

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.

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, del 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) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal **31/01/16**. 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) ACN/2005 e s.m.i..
- (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 (ACN/2005 e s.m.i., art. 15 comma 11).

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA  
(art. 33 comma 5 lett. d) ACN / 2005 e s.m.i.)

MARCA DA BOLLO ( € 16,00 )

Raccomandata A.R.

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO <sup>(1)</sup>  
S.O.C. PEDIATRI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI  
AMBULATORIALI  
Via di San Salvi, 12 – Villa Fabbri  
50135 - FIRENZE

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

ai sensi di quanto previsto dall' art. 33 comma 5 lett. d) del vigente ACN per la Pediatria di libera scelta,

**FA DOMANDA**

per l'assegnazione dell'ambito territoriale carente per l'assistenza pediatrica pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 50 del 11 Dicembre 2019 sotto indicato:

AZIENDA USL	AMBITO TERRITORIALE	N° POSTI	NOTE
TOSCANA CENTRO	Fiesole/Vaglia	1	Con vincolo di apertura di ambulatorio due volte a settimana nel Comune di Vaglia e due volte a settimana nella frazione di Compiobbi.

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 conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....
- 5) di aver conseguito la specializzazione in Pediatria successivamente al 31/01/2018 <sup>(2)</sup>, in data ..... con voto.....
- 6) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine 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 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, del 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) Ai sensi dell'art. 33 comma 5 lett. d) dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., 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 2019 (quinquennio 2012-2017) 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 31/01/2018.