



**AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE - PRIMO SEMESTRE 2025**

In attuazione dell'art. 63 comma 3 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 4 aprile 2024 (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</b>
<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b>	36
<b>AZIENDA USL TOSCANA CENTRO</b>	20
<b>AZIENDA USL TOSCANA SUD EST</b>	28

**TOTALE INCARICHI 84**

Ai sensi dell'art. 63 comma 6 del vigente ACN per la Medicina Generale, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati esclusivamente i **medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria** di cui all'art. 66 dello stesso ACN, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) **per trasferimento, ai sensi dell'art. 63 comma 6 lett. a) ACN:** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'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 di provenienza. 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 all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto, per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'ACN. In caso di pari posizione, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea ed dell'anzianità di laurea.

Ai sensi dell'art. 63 comma 7 del vigente ACN, i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale possono partecipare alle procedure per l'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

- b) **per graduatoria, ai sensi dell'art. 63 comma 6 lett. b) ACN:** i medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno in corso, graduati secondo i seguenti criteri di cui all'art. 63 comma 9 dell'ACN:
1. punteggio riportato nella graduatoria regionale
  2. punti 5 ai medici che, nell'Azienda in cui è vacante l'incarico per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inserimento in graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;

3. punti 20 ai medici residenti in Toscana da almeno due anni alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inserimento in graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;

**c) ai sensi dell'art. 63 comma 6 lett. c) ACN:** i medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente al termine della scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione alla graduatoria regionale autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso.

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti, alla data di pubblicazione del presente avviso, nel territorio aziendale, in Regione Toscana e, da ultimo, fuori regione.

**d) ai sensi dell'art. 63 comma 6 lett. d) ACN:** i medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria e dell'attestato di formazione specifica in medicina generale non compresi nella categoria dei medici 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 di interpello per i residenti, alla data di pubblicazione del presente avviso, nel territorio aziendale, in Regione Toscana e, da ultimo, fuori regione.

**e) art. 63 comma 6 lett. d) ACN:** 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 in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Toscana.

Tali medici sono graduati, nel rispetto della annualità di frequenza (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio del corso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti, alla data di pubblicazione del presente avviso, nel territorio dell'Azienda USL di riferimento, in Regione Toscana e, da ultimo, fuori regione;

**f) ai sensi dell'art. 63 comma 6 lett. e) ACN** i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in regione Toscana e in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria.

Tali medici sono graduati, nel rispetto della annualità di frequenza (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio del corso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea con priorità di interpello per i medici residenti, alla data di pubblicazione del presente avviso, nel territorio dell'Azienda USL di riferimento, nella regione Toscana e, da ultimo, fuori regione;

**g) in subordine, in caso di mancata assegnazione degli incarichi ai medici aventi titolo ai sensi dell'art 63 dell'ACN, potranno concorrere al conferimento degli incarichi rimasti vacanti, ai sensi dell'articolo 1, commi 272 e 273 della L. 30/12/2021, n. 234, i medici con i seguenti requisiti:**

- siano in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria di cui all'art. 66 del vigente ACN
- risultino in servizio, alla data di pubblicazione del presente avviso, in qualità di titolari di incarico a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi del vigente ACN presso le strutture del sistema di emergenza-urgenza territoriale 118;
- abbiano maturato al 1 gennaio 2022, ai sensi della L. 30/12/2021, n. 234, un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi, anche non continuativi, negli ultimi dieci anni nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale conferito ai sensi dell'ACN. L'anzianità di servizio è determinata alla data del 01/01/2022, sommando i periodi di incarico in regime di convenzione a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale, anche non continuativi, effettuati a decorrere dal 01/01/2012.

Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo determinato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22, comma 1 del vigente ACN. In caso di pari posizione, i medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea,

del voto di laurea e anzianità di laurea con priorità di interpello per i residenti, alla data di pubblicazione del presente avviso, nel territorio aziendale, nella regione Toscana e, da ultimo, fuori regione.

Per attestare il possesso del titolo di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 dell'ACN, i medici 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 dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana (BURT n.19 del 7 maggio 2025), 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.

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

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 aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo, pari a € 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](mailto: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.

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 **16 giugno 2025** 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 incarichi vacanti. 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. 63 comma 15 del vigente ACN .

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 del D.Lgs 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 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 Organizzazione Medicina a ciclo di fiducia – e-mail: [bruno.latella@uslcentro.toscana.it](mailto:bruno.latella@uslcentro.toscana.it) - Tel. 0556933065.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati sono i seguenti: 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 incarichi vacanti ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 4 aprile 2024. 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 Organizzazione Medicina a ciclo di fiducia, 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 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 – PRIMO SEMESTRE 2025  
(PER TRASFERIMENTO: medici di cui alla lett. a) 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  
SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A  
CICLO DI FIDUCIA  
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.63, 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.19 del 7 maggio 2025 , 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. 22, comma 1) del vigente ACN:  
.....  
.....

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. 22, comma 1) del vigente ACN  
.....  
.....

- .....
- 3) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 del vigente ACN 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 degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale 2025 – primo semestre.

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. 66 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 - PRIMO SEMESTRE 2025  
(PER GRADUATORIA: medici di cui alla lett. b) 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  
SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A  
CICLO DI FIDUCIA  
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.63, 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.19 del 7 maggio 2025, 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 valida per l'anno 2025
- 5) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 del vigente ACN 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 degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale 2025 – primo semestre..

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 - PRIMO SEMESTRE 2025**  
(Medici di cui alla lett. c) e d) dell'avviso, in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina  
generale non inclusi in graduatoria regionale)

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  
SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A  
CICLO DI FIDUCIA  
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. 63 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.19 del 7 maggio 2025, 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.....
4. 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.....
5. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 del vigente ACN 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 degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale 2025 – primo semestre.

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 - PRIMO SEMESTRE 2025  
(Medici di cui alle lett. e) ed f) dell'avviso, iscritti al corso 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  
SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A  
CICLO DI FIDUCIA  
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.63, comma 6 lettere d) o e) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, e, specificamente (barrare la voce che interessa):

ai sensi di quanto previsto dall'art. 63, comma 6 lett. e) del vigente ACN in qualità di medico 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

oppure

ai sensi di quanto previsto dall'art. 63, comma 6 lett. f) del vigente ACN in qualità di medico di cui all'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.19 del 7 maggio 2025, nelle seguenti Aziende Sanitarie Locali **(in mancanza di 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 essere iscritto al  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. 66 del vigente ACN 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 di poter 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 degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale 2025 – primo semestre.

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 ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE - PRIMO SEMESTRE 2025**  
(medici cui alla lett. g) dell'avviso: titolari a tempo determinato di cui all'art. 1 commi 272 e 273 della  
L. 30/12/2021, n. 234)

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  
SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A  
CICLO DI FIDUCIA  
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.1, commi 272 e 273, della L. 30/12/2021, n. 234

**FA DOMANDA**

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.19 del 7 maggio 2025, 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 convenzionale a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale alla data di pubblicazione dell'avviso presso l'Azienda Sanitaria .....di ..... della Regione ..... dal .....

Indicare i periodi di eventuale sospensione dall'incarico, ai sensi dell'art. 22, comma 1) del vigente ACN:

.....  
.....

2) di essere stata/o titolare dei seguenti incarichi convenzionali a tempo determinato per l'emergenza sanitaria territoriale, dal 1 gennaio 2012 al 1 gennaio 2022:

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

dichiara i seguenti periodi di eventuale sospensione dall'incarico, ai sensi dell'art. 22, comma 1) del vigente ACN

.....  
.....

**per un numero totale di mesi di attività .....**

- 3) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 del vigente ACN 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 degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale 2025 - primo semestre.

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.