

AVVISO

PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI ALLA DATA DEL 31/03/2009 DI ASSISTENZA PRIMARIA, CONTINUITA' ASSISTENZIALE E EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART 8 DEL D.lgs. N. 502/1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI, RECEPITO CON ATTO D'INTESA STATO REGIONI DEL 23.3.2005 –

PREACCORDO CON I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA SOTTOSCRITTO IL 29/9/2005:

Ambiti territoriali inferiori a 40.000 residenti

Pur mantenendo invariata la base di calcolo di 1/1000, quale rapporto ottimale per la determinazione delle zone carenti, prima di avviare la procedura per la pubblicazione della carenza, nell'ambito di ciascun comitato aziendale si dovrà tener conto di un ulteriore parametro, di seguito definito.

Tale parametro consiste nella valutazione della distribuzione delle scelte in carico ai medici convenzionati presenti in quel determinato ambito territoriale.

In particolare non scatta la pubblicazione della zona carente qualora nell'ambito in questione risultino essere presenti almeno 1 (un) medico con scelte inferiori a 300 e 2 (due) medici in grado di acquisire scelte, al fine di garantire la possibilità di scelta per l'utente all'interno di una rosa di tre medici.

Ambiti territoriali superiori a 40.000 residenti

Il rapporto medico/popolazione residente diventa 1/1200. La frazione d'utenti che comporterà la pubblicazione di una carenza deve essere superiore a 600.

Pubblicazione delle zone carenti di assistenza primaria

AZIENDE UU.SSL. ZONE CARENTI

ASSISTENZA PRIMARIA N. POSTI

Azienda UsI 5 di Pisa

Ambito territoriale di:
Bientina

1

Ambito territoriale di:
Pontedera

3

Ambito territoriale di:
Pisa

2

Ambito territoriale di :
San Giuliano Terme

5

Ambito territoriale di:
Vecchiano

1

Azienda USL 10 di Firenze

Ambito territoriale di:
Impruneta

1

Ambito territoriale di :
Pelago 1

Ambito territoriale di:
San Casciano Val di Pesa 1

Azienda USL 11 di Empoli

Ambito territoriale di:
San Miniato 1

Ambito territoriale di:
Montopoli Val d'Arno 1

L'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni il 23 marzo 2005, dispone che per lo svolgimento dell'attività di assistenza primaria le Aziende UU.SS.LL. conferiscono incarichi a tempo indeterminato secondo il seguente ordine di priorità:

- a)** ai medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di assistenza primaria di altre regioni, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno **due anni** e da almeno **quattro anni** nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N., eccezione fatta per l'attività di continuità assistenziale. L'anzianità di iscrizione negli elenchi deve essere maturata alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di **un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda**. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento. Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria determinata secondo i criteri stabiliti dall'art. 34 Co. 7, ACN medicina generale di cui all'Atto d'intesa del 23.03.2005;
- b)** ai medici inclusi nella graduatoria regionale settore assistenza primaria valida per l'anno in corso, graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- 1) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale settore assistenza primaria di cui all'art. 15 , ACN 23.3.2005;
 - 2) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale;
 - 3) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell' ACN di Medicina generale 23.3.2005 i medici già titolari di incarico di Assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Per l'assegnazione delle zone carenti, le percentuali di cui all'art. 16, c. 7, ACN 23.3.2005, sono confermate dal Preaccordo regionale nella misura del:

- **80%** a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in Medicina generale di cui all'art. 1, c. 2, e all'art. 2, c. 2, del Decreto Legislativo n. 256/91 e Decreto Legislativo n. 268/99;
- **20%** a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Qualora non vengano assegnate, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due percentuali di aspiranti, le stesse verranno assegnate all'altra percentuale di aspiranti.

Si ricorda, inoltre che la **Norma Finale n. 2, ACN 23.3.2005**, prevede che "Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale e che conseguono tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 16, comma 7, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio".

In alternativa alla presentazione del titolo conseguito, è consentita, ai sensi dell'art. 46 D.P.R n. 445/2000, l'autocertificazione, come si evince dal testo del modulo di domanda di partecipazione alla copertura dei posti vacanti.

Gli interessati dovranno inviare, **entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica **domanda in bollo** utilizzando gli appositi moduli disponibili sul sito della Regione Toscana www.salute.toscana.it alla voce Modulistica/Bandi (<http://www.salute.toscana.it/risorse/modulistica.shtml>).

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 U.S.L. N. 10 DI FIRENZE S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO, VIA DI SAN SALVI N. 12, PALAZZINA 16 - 50135 FIRENZE**, a mezzo **Raccomandata A.R.** e deve riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta: "**DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**".

L'Azienda U.S.L. n. 10 di Firenze provvede all'individuazione degli aventi diritto anche per conto delle altre Aziende UU.SS.LL., che rimangono competenti all'adozione del provvedimento di conferimento dell'incarico.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE (1)
S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via di San Salvi n. 12, Palazzina 16
50135 FIRENZE

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

Indirizzo e-mail

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Stato/Regioni del 23.3.2005 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del....
..... e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito ASL Ambito ASL.....

Ambito ASL..... Ambito.....ASL.....

Ambito ASL..... Ambito ASL.....

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 l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria n.....di.....per l'ambito territoriale di della Regione dal

2) di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria dal..... al ambito Regione

dal..... al ambito Regione.....

3) di aver conseguito il diploma di laurea in data con voto/110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data

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

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art 47 del D.P.R n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):

di svolgere/non svolgere (2) altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale, (in caso affermativo dichiarare il tipo o i tipi di attività con numero di ore di impegno settimanale):

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

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000) dichiara sotto la propria responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....
.....

Data

(firma autenticata)*

(* **ATTENZIONE:** 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 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.

- (1) L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) Cancellare la parte che non interessa

Ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B.

- **Il medico che, concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui all'art. 34 comma 2 lett. a), ACN 23.3.2005, ed accetta l'incarico, decade comunque, dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza.**
- **Ai sensi dell'art. 15 comma 11, ACN Medicina generale del 23.3.2005, il medico già titolare di incarico di assistenza primaria può partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE (1)
S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via di San Salvi n. 12, Palazzina 16
50135 FIRENZE

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

Indirizzo e-mail

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23.3.2005, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... e segnatamente per gli ambiti sotto indicati:

(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):

Azienda Usi 5 di Pisa

Ambito territoriale di:

Bientina 1 50001 ()

Ambito territoriale di:

Pontedera 3 50029 ()

Ambito territoriale di:

Pisa 2 50026 ()

Ambito territoriale di :

San Giuliano Terme 5 50031 ()

Ambito territoriale di:

Vecchiano 1 50037 ()

Azienda USL 10 di Firenze

Ambito territoriale di:

Impruneta 1 48022 ()

Ambito territoriale di :

Pelago 1 48032 ()

Ambito territoriale di:

San Casciano Val di Pesa 1 48038 ()

Azienda USL 11 di Empoli

Ambito territoriale di:

San Miniato 1 50032 ()

Ambito territoriale di:

Montopoli Val d'Arno 1 50022 ()

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

1) di essere residente nel Comune di.....
con decorrenza dal (g/m/a)⁽²⁾

PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare g/m/a)⁽²⁾

- 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 primaria

3) di aver conseguito il diploma di laurea in data con voto/110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data

5) di essere incluso nella graduatoria regionale settore assistenza primaria valida per l'anno 2009

6) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia didal.....

7) vista la norma finale n. 2 dell'ACN 23.3.2005, di essere/non essere⁽³⁾ in possesso del Titolo di Formazione specifica di medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e D.L.vo n.368/99, conseguito in data

_____ nella Regione _____

Il sottoscritto, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16 comma 7 e comma 9 del ACN 23.3.2005 chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata**):

() riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e D.L.vo n. 368/99 (art.16, comma co.7, lett. a, ACN 23.3.2005);

() riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b, ACN 23.3.2005).

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazione mendace (art 76 D.P.R. 445/2000) dichiara sotto la propria responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....
.....

Luogo e Data

.....
(firma autenticata)*

(*)**ATTENZIONE:** 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 D.P.R n.. 445 del 28.12.2000.

L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'ESCLUSIONE della domanda.

- (1) L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal **31/01/06**. 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 31/12 dell'anno indicato. La mancata compilazione degli spazi relativi alla residenza comporta la non attribuzione dei punteggi di cui art. 34. comma 3, lett. b) e c) ACN 23.3.2005.
- (3) Cancellare la parte che non interessa.

Ai sensi dell'art. 13 DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B:

- **I medici già titolari di incarico di Assistenza Primaria possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN medicina generale 23.3.2005, art. 15 comma 11).**
- **Si fa presente che ai sensi dell'art. 34 comma 9, ACN 23.3.2005 è cancellato dalla graduatoria regionale settore assistenza primaria ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza primaria il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto carente.**

AVVISO

PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE AL 31/03/2009

Denominazione	n° posti vacanti
Azienda Sanitaria n° 1 di Massa e Carrara	5
Azienda Sanitaria n° 3 di Pistoia	9
Azienda Sanitaria n° 4 di Prato	2
Azienda Sanitaria n° 6 di Livorno	2
Azienda Sanitaria n° 7 di Siena	3
Azienda Sanitaria n° 8 di Arezzo	9
Azienda Sanitaria n° 9 di Grosseto	25
Azienda Sanitaria n° 10 di Firenze	7
Azienda Sanitaria n° 11 di Empoli	5

Totale posti vacanti : 67

Per l'attribuzione degli incarichi si utilizza la graduatoria redatta ai sensi dell'A.C.N. del 23/03/05 e secondo i criteri di assegnazione previsti dall'Accordo vigente.

L'art. 63 dell'ACN 23.3.2005 dispone che per lo svolgimento dell'attività di continuità assistenziale le Aziende Sanitarie Locali conferiscono incarichi a tempo indeterminato secondo il seguente ordine di priorità:

- a) ai medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle Aziende, anche diverse, della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in Aziende di altre Regioni, anche diverse, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno **due anni** e da almeno **tre anni** dell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a **650** e **350**. I periodi di servizio effettivo devono essere maturati alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. I trasferimenti sono possibili **fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti funzionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità inferiore**. 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 servizio effettivo in qualità di incaricato a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale o ex-guardia medica, secondo i criteri stabiliti dall'art. 63, comma 8, ACN 23.3.2005;
- b) ai medici inclusi nella graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno in corso, graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
 1. attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale settore continuità assistenziale;

2. attribuzione di punti 10 a coloro che, nell'ambito della Azienda nella quale 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 inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;
3. attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

Ai sensi dell'art. 63, co.9, ACN 23.3.2005, a parità di posizione prevalgono nell'ordine la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

Ai sensi dell'art. 15 comma 11, ACN Medicina generale 23.3.2005, i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento

Per l'assegnazione delle zone carenti, le percentuali di cui all'art. 16, comma 7 ACN 23.3.2005, rimangono riservate per l'anno 2009 nella stessa misura:

- **80%** a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2, del Decreto Legislativo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al Decreto Legislativo n. 368/99;
- **20%** a favore dei medici in possesso di titolo equipollente. Qualora non vengano assegnate, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, le stesse vengano assegnate all'altra riserva di aspiranti.

Si ricorda, inoltre, che la Norma Finale n. 2, ACN 23.3.2005 prevede che "Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 16, comma 7, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio". In alternativa alla presentazione del titolo conseguito, è consentita l'autocertificazione, come si evince dal testo del modulo di domanda di partecipazione alla copertura dei posti vacanti di continuità assistenziale.

Gli interessati dovranno inviare, **entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica **domanda in bollo** utilizzando gli appositi moduli disponibili sul sito della Regione Toscana www.salute.toscana.it alla voce Modulistica/Bandi (<http://www.salute.toscana.it/risorse/modulistica.shtml>).

Sulla domanda, indirizzata a : **AZIENDA SANITARIA N. 10 DI FIRENZE, S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO, VIA DI SAN SALVI, 12 PALAZZINA 16 - 50135 FIRENZE**, dovranno essere indicate le Aziende Sanitarie Locali per le quali il medico intende concorrere. L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie Locali della Toscana.

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.

Le domande dovranno essere **inviare esclusivamente tramite Raccomandata A.R.** e riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta:

"DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER GRADUATORIA)**

Raccomandata A.R

Via di San Salvi,12 - Palazzina 16

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE ⁽¹⁾
S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

50135 FIREN

Z E

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

Indirizzo e-mail

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 23.3.2005 per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... nelle seguenti Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. n.....n..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà):

1) di essere residente nel Comune di
con decorrenza dal (g/m/a)..... ⁽²⁾

PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare g/m/a) ⁽²⁾

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 la continuità assistenziale

3) di aver conseguito il diploma di laurea in data con voto/110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data

5) di essere incluso nella graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno 2009.

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

7) Vista la norma finale n. 2 dell' ACN 23.3.2005, di essere in possesso del titolo di formazione in medicina generale di cui al D. L.vo n. 256/91 conseguito in data.....nella Regione.....

Il sottoscritto, in osservanza di quanto previsto dall'art.16 comma 7 e comma 9 del DPR 270/00 chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato **(barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):**

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 (art.16, comma 7, lett. a, ACN 23.3.2005);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b, ACN 23.3.2005).

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....
.....

Luogo e data

.....
(firma autenticata)*

(* **ATTENZIONE:** 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.

L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'ESCLUSIONE della domanda.

- (1) L'Azienda Sanitaria n.10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) **La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31/01/06.** 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 31/12 dell'anno indicato. **La mancata compilazione degli spazi relativi alla residenza comporta la non attribuzione dei punteggi di cui art. 63 comma 4, lett. b) e c) ACN 23.3.2005.**

Ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B.

- **I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN medicina generale, art. 15 comma 11)**
- **Si fa presente che ai sensi dell'art. 63 comma 15, ACN 23.3.2005 è cancellato dalla graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno 2009 ai soli fini del conferimento degli incarichi di continuità assistenziale, il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto vacante.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE⁽¹⁾
S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via di San Salvi,12 – Palazzina 16
50135 FIRENZE

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

Indirizzo e-mail

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'intesa stato/ regioni del 23.3.2005 per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... nelle seguenti Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n.....

ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n.....

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà):

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria n. ... di..... della Regione dal

2) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale :

dal..... al ASL Regione

dal..... al ASL Regione

3) di provenire/ non provenire⁽²⁾ da un'Azienda di cui all'art. 64, comma 4, ACN 23.3.2005 ⁽³⁾ ;

4) di aver conseguito il diploma di laurea 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.....

7) di svolgere/non svolgere⁽²⁾ altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 650 e 350 (in caso affermativo dichiarare il tipo o i tipi di attività con numero di ore di impegno settimanale):

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

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....
.....

Luogo e data

.....

(firma autenticata)*

(*) ATTENZIONE : 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.

L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.

- (1) L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) Cancellare la parte che non interessa
- (3) Ai sensi dell' ACN 23.3.2005, art.63, co.8, lett.c), l'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti di cui all'art.63, co.2.lett. a, è determinata sommando un'anzianità pari a 18 mesi per trasferimenti interregionali con provenienza da aziende con medici in esubero, di cui all'art. 64, comma 4.

Ai sensi dell'art. 13 DLGS n. 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B.

- **I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN medicina generale, art. 15 comma 11)**
- **Si fa presente che il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui all'art. 63 comma 2, lett. a) ACN 23.3.2005 in caso di accettazione, decade dall'incarico di provenienza.**

AVVISO

PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE AL 31/03/2009

Denominazione	Indirizzo	n° turni vacanti a 38 h sett.
Azienda U.S.L. n° 6 di Livorno	Via di Monterotondo, 49 57128 - LIVORNO	1
Azienda U.S.L. n° 7 di Siena	Via Roma, 75 – 53100 SIENA	2
Azienda U.S.L. n° 10 di Firenze	Via di San Salvi, 12 Palazzina 16 50135 - FIRENZE	2

Totale turni vacanti : 5

Per l'attribuzione degli incarichi si utilizza la graduatoria redatta a norma dell'Accordo vigente come pure i criteri per l'assegnazione.

L'art. 92 dell'ACN 23.3.2005 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) ai medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre Regioni, anche diverse, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I periodi di servizio effettivo devono essere maturati alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. 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 servizio, e secondo i criteri stabiliti dall'art. 92, comma 6, ACN 23.3.2005
- b) ai 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:
 - b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale di cui al Capo III;
 - b2) 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;
 - b3) 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.

Al fine del conferimento degli incarichi vacanti in caso di pari posizione, i medici di cui all'art.92 ,co.5, lett.a, 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. 15 comma 11 A.C.N. 23/03/2005)

Per concorrere al conferimento degli incarichi gli interessati 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 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, già inserita nel modulo della domanda. La mancata autocertificazione renderà invalida la domanda.**

Gli interessati devono **inviare separate domande, in regola con la normativa vigente in materia di imposta di bollo, entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, **alle Aziende Sanitarie Locali competenti** per territorio per i cui turni vacanti intendono concorrere, utilizzando l'apposito modulo conforme allo schema allegato, da completarsi in ogni sua parte. **La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.** In ogni domanda devono essere indicati gli eventuali altri incarichi per i quali l'interessato intende concorrere. Le domande dovranno essere **inviate esclusivamente tramite Raccomandata A.R.** e riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta:

"DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI TURNI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE".

I moduli per la compilazione delle domande sono disponibili sul sito www.salute.toscana.it alla voce Modulistica/Bandi (<http://www.salute.toscana.it/risorse/modulistica.shtml>)

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

Raccomandata A.R.

ALLA AZIENDA SANITARIA N. _____
DI _____

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

Indirizzo e-mail

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'intesa Stato/Regioni del 23.3.2005 per l'assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale, vacanti presso Codesta Azienda Sanitaria Locale, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... Fa presente di aver presentato domanda per la copertura dei posti vacanti anche presso le sottoindicate Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. n.....n..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà):

1) di essere residente nel Comune dicon
decorrenza dal (g/m/a).....⁽¹⁾

2) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria

3) di essere/non essere⁽²⁾ titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale dalPrecedenti incarichi:

Regione.....Azienda.....dalal

Regione.....Azienda.....dalal

4) di essere/non essere⁽²⁾ titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione presso l'Azienda Sanitaria n.didal Precedenti incarichi:

Regione.....Azienda.....dalal

Regione.....Azienda.....dalal

5) di essere incluso nella graduatoria regionale settore emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2009

6) di essere/non essere⁽²⁾ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 22 D.P.R. n. 292/87, all'art. 22 D.P.R. n. 41/91, all'art. 66 D.P.R. n. 484/96 o all'art. 66 D.P.R. n. 270/2000 o all'art. 96 ACN 23.3.2005 conseguito in datapresso l'Azienda Sanitaria Locale n.....di.....Regione.....

7) di aver conseguito il diploma di laurea in data con voto/110

8) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data

9) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei medici della Provincia di.....dal.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

.....

Luogo e data

.....
(firma autenticata)*

(* **ATTENZIONE:** 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.

L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.

- (1) **La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31/01/06.** 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 31/12 dell'anno indicato.
- (2) **Cancellare la parte che non interessa**

La mancata compilazione relativa ai titoli di servizio o al possesso dei requisiti, comporta l'esclusione della domanda.

Ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

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 (ACN 23.3.2005, art. 15, co. 11)**
- **Si fa presente che ai sensi dell'art. 92 comma 10, ACN 23.3.2005 è cancellato dalla graduatoria regionale ai soli fini del conferimento degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale, il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto vacante.**

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

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. _____
DI _____

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

Indirizzo e-mail

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.92, comma 5, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005 per l'assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale, vacanti presso Codesta Azienda Sanitaria Locale, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del.....Fa presente di aver presentato domanda per la copertura dei posti vacanti anche presso le sotto indicate Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n.....

ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n.....

A tal fine dichiara, ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà):

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria n. di..... della Regione dal

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

dal..... al ASL Regione

dal..... al ASL Regione

3) di essere/non essere⁽¹⁾ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 22 D.P.R. n. 292/87, all'art. 22 D.P.R. n. 41/91, all'art. 66 D.P.R. n. 484/96 o all'art. 66

D.P.R. n. 270/2000 o all'art. 96 ACN 23.3.2005 conseguito in datapresso l'Azienda Sanitaria Locale n.....di.....Regione.....

4) di aver conseguito il diploma di laurea in data con voto/110

5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data

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

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....
.....

Luogo e data

.....
(firma autenticata)*

(* **ATTENZIONE** : 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.

L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.

La mancata compilazione relativa ai titoli di servizio o al possesso dei requisiti, comporta l'esclusione della domanda.

1) Cancellare la parte che non interessa.

Ai sensi dell'art. 13 DLGS n.196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

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, ai sensi dell'ACN 23.3.2005, art. 15 co. 11)**
- **Si fa presente che il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui all'art. 92, comma 5, lett. a) ACN 23.3.2005, in caso di accettazione, decade dall'incarico di provenienza.**

AVVISO

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, n. 833 PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI ALLA DATA DEL 31/03/2009 DI CUI ALL'ACN PEDIATRIA DI FAMIGLIA RECEPITO CON ATTO D'INTESA CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 15.12.2005 .

**AZIENDE UU.SS.LL.
ZONE CARENTI**

MEDICINA PEDIATRICA

N. POSTI

Azienda USL N. 1 di Massa e Carrara

Ambito territoriale di:

Massa – Montignoso (*)

1

Azienda USL N. 4 di Prato

Ambito territoriale di:

Prato

1

Ambito territoriale di:

Carmignano e Poggio a Caiano (**)

1

Azienda USL N. 5 di Pisa

Ambito territoriale di:

Castelnuovo Val di Cecina – Pomarance (***)

1

Ambito territoriale di:

Montecatini Val di Cecina – Volterra (****)

1

Ambito territoriale di:

San Giuliano Terme – Vecchiano (*****)

1

Azienda USL N. 6 di Livorno

Ambito territoriale di:

Livorno

1

Azienda USL N. 7 di Siena

Ambito territoriale di:

Castelnuovo Berardenga / Monteriggioni (*****)

1

Ambito territoriale di:

Monteroni d'Arbia / Murlo (*****)

1

Ambito territoriale di:
Asciano / Rapolano Terme (*****) 1

Azienda USL N. 8 di Arezzo

Ambito territoriale di:
Bibbiena, Talla, Castel Focognano,
Chiusi della Verna, Ortignano Raggiolo, Chitignano 1

Ambito territoriale di:
Arezzo 1

Azienda USL N. 10 di Firenze

Ambito territoriale di:
Campi Bisenzio 1

* con obbligo di apertura di uno studio a Massa;

** con obbligo di apertura ambulatorio in entrambi i comuni;

*** con obbligo di apertura ambulatorio a Pomarance, Castelnuovo Val di Cecina e nelle frazioni di Larderello e Serrazzano;

**** con obbligo di apertura ambulatorio a Volterra, nella frazione di Saline di Volterra e a Montecatini Val di Cecina;

***** con obbligo di apertura ambulatorio a Vecchiano;

***** con obbligo di apertura ambulatori nel territorio del comune di Castelnuovo Berardenga e nel territorio del comune di Monteriggioni;

***** con obbligo di apertura ambulatorio nel comune di Murlo;

***** con obbligo di ambulatorio nella frazione di Arbia.

AVVERTENZE

I medici che aspirano ad essere iscritti negli elenchi dei medici specialisti pediatri di libera scelta devono presentare domanda **entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso, a mezzo raccomandata A.R., **ALL'AZIENDA 10 DI FIRENZE S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO – VIA SAN SALVI, 12 – PALAZZINA 16 – 50135 FIRENZE** indicando, pena la nullità della domanda stessa, le altre eventuali località carenti richieste, utilizzando gli schemi di domanda di cui appresso.

La domanda deve essere inoltrata in bollo; **la sottoscrizione, ai sensi dell'art. 38 D.P.R n. 445/2000, non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.** Possono presentare domanda per la copertura di posti carenti:

- a) medici pediatri di famiglia già convenzionati che abbiano i requisiti previsti dal comma 2, lett. a), Art. 33, ACN 15.12.2005. L'anzianità di servizio deve essere maturata alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato **il diritto di trasferimento una sola volta nel corso dell'anno solare**
- b) medici pediatri presenti nella graduatoria regionale per la medicina pediatrica valida per l'anno 2009

I medici già titolari di incarico di assistenza pediatrica possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento

Si fa presente che ai sensi e per gli effetti del 8° comma e 9° comma, Art. 33 , ACN 15.12.2005:

- 1) il medico che ha accettato l'incarico per la copertura del posto carente è cancellato dalla graduatoria regionale competente, ai soli fini del conferimento degli incarichi di medicina pediatrica di base;
- 2) 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.

Si ricorda che ai sensi del comma 3, art. 33, ACN 15.12.2005, i medici che presentano domanda devono obbligatoriamente presentare dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R n. 445 del 28.12.2000, inserita nel corpo dell'istanza, pena la mancata attribuzione dei relativi punteggi aggiuntivi.

I moduli per la compilazione delle domande sono disponibili sul sito www.salute.toscana.it alla voce Modulistica/Bandi (<http://www.salute.toscana.it/risorse/modulistica.shtml>).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(PER TRASFERIMENTO)**

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE (1)
S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via San Salvi, 12 – Palazzina 16
50135 FIRENZE

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

Indirizzo e-mail

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina pediatrica di cui all'Atto d'Intesa Stato/Regioni del 15.12.2005 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito ASL Ambito ASL.....

Ambito ASL..... Ambito..... ASL.....

Ambito ASL..... Ambito ASL.....

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

2) di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza pediatrica

dal.....al ambito Regione

dal..... al ambito Regione.....

3) di aver conseguito il diploma di laurea 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.....

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art 47 del D.P.R n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):

di svolgere/non svolgere (2) altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale, (in caso affermativo dichiarare il tipo o i tipi di attività con numero di ore di impegno settimanale):

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

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000) dichiara sotto la propria responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

Data (firma autenticata)*

(* ATTENZIONE: 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 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.

(1) L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.

(2) Cancellare la parte che non interessa

Ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B.

- Il medico che, concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui all'art. 33 comma 2 lett. a), ACN 15.12.2005, ed accetta l'incarico, decade comunque, dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza .
- Ai sensi dell'art. 15 comma 11, ACN Medicina pediatrica del 15.12.2005, il medico già titolare di incarico di assistenza primaria può 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)**

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE (1)
S.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via San Salvi, 12 – Palazzina 16
50135 FIRENZE

MARCA DA BOLLO (€ 14,62)

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

Indirizzo e-mail

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina pediatrica di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 15.12.2005, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... e segnatamente per gli ambiti sotto indicati:

(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito)

Azienda Usl N. 1 di Massa e Carrara

Ambito territoriale di:

Massa – Montignoso (*)	1	45010 ()
------------------------	---	-----------

Azienda Usl N. 4 di Prato

Ambito territoriale di:

Prato	1	48034 ()
-------	---	-----------

Ambito territoriale di:

Carmignano e Poggio a Caiano (**)	1	48009 ()
-----------------------------------	---	-----------

Azienda USL N. 5 di Pisa

Ambito territoriale di:

Castelnuovo Val di Cecina – Pomarance (***)	1	50011 ()
---	---	-----------

Ambito territoriale di:

Montecatini Val di Cecina – Volterra (****)	1	50019 ()
---	---	-----------

Ambito territoriale di: San Giuliano Terme – Vecchiano (*****)	1	50031 ()
---	---	-----------

Azienda USL N. 6 di Livorno

Ambito territoriale di: Livorno	1	49009 ()
------------------------------------	---	-----------

Azienda USL N. 7 di Siena

Ambito territoriale di: Castelnuovo Berardenga / Monteriggioni (*****)	1	52006 ()
Ambito territoriale di: Monteroni d'Arbia / Murlo (*****)	1	52017 ()
Ambito territoriale di: Asciano / Rapolano Terme (*****)	1	52002 ()

Azienda USL N. 8 di Arezzo

Ambito territoriale di: Bibbiena, Talla, Castel Focognano, Chiusi della Verna, Ortignano Raggiolo, Chitignano	1	51004 ()
Ambito territoriale di: Arezzo	1	51002 ()

Azienda USL N. 10 di Firenze

Ambito territoriale di: Campi Bisenzio	1	48006 ()
---	---	-----------

* con obbligo di apertura di uno studio a Massa

** con obbligo di apertura ambulatorio in entrambi i comuni;

*** con obbligo di apertura ambulatorio a Pomarance, Castelnuovo Val di Cecina e nelle frazioni di Larderello e Serrazzano;

**** con obbligo di apertura ambulatorio a Volterra, nella frazione di Saline di Volterra e a Montecatini Val di Cecina;

***** con obbligo di apertura ambulatorio a Vecchiano;

***** con obbligo di apertura ambulatori nel territorio del comune di Castelnuovo Berardenga e nel territorio del comune di Monteriggioni;

***** con obbligo di apertura ambulatorio nel comune di Murlo;

***** con obbligo di ambulatorio nella frazione di Arbia.

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

1) di essere residente nel Comune di.....
con decorrenza dal (g/m/a)⁽²⁾

PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare g/m/a)

- 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 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 2009

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

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazione mendace (art 76 D.P.R. 445/2000) dichiara sotto la propria responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

.....
.....

Luogo e Data

(firma autenticata)*

(*) ATTENZIONE: 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 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'ESCLUSIONE della domanda.

- (1) L'Azienda Sanitaria n.10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal **31/01/06**. 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 31/12 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 15.12.2005.
- (3) Cancellare la parte che non interessa

Ai sensi dell'art. 13 DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

N.B. :

- 1. I medici già titolari di incarico di Assistenza Pediatrica possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN medicina pediatrica 15.12.2005, art. 15 comma 11).**
- 2. Si fa presente che ai sensi dell'art. 33 comma 8, ACN 15.12.2005 è cancellato dalla graduatoria regionale ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza pediatrica il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto carente.**