

## AVVISO

### ZONE CARENTI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE TOSCANA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2020

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 e DGR n. 785 del 30.08.2010

#### ASSISTENZA PRIMARIA

In attuazione dell'art. 34 comma 25 dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i. si pubblica l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 33 del vigente ACN per la medicina generale.

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST		
AMBITO TERRITORIALE	N° POSTI	NOTE
Montepulciano, Pienza, Sinalunga, Torrita di Siena e Trequanda	1	Con obbligo di ambulatorio nel Comune di Sinalunga, frazioni di Guazzino e Rigomagno
Capalbio, Isola del Giglio, Magliano in Toscana, Manciano, Monte Argentario, Orbetello, Pitigliano e Sorano	1	Con obbligo di ambulatorio principale all'Isola del Giglio
Castiglion Fiorentino, Lucignano, Foiano della Chiana, Marciano della Chiana	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Foiano della Chiana
S. Giovanni Valdarno, Cavriglia, Castelfranco-Piandiscò, Loro Ciuffenna, Terranuova Bracciolini, Montevarchi, Bucine, Laterina, Pergine Valdarno	1	Con ambulatorio principale da concordare con il responsabile di Distretto
Arezzo, Capolona, Castiglion Fibocchi, Subbiano, Civitella Val di Chiana, Monte S.Savino	4	Di cui: <ul style="list-style-type: none"><li>• uno con obbligo di ambulatorio principale a Civitella Val di Chiana</li><li>• uno con obbligo di ambulatorio principale a Monte S. Savino</li><li>• 2 con ambulatorio principale da concordare con il responsabile di Distretto</li></ul>

Ai sensi dell'art. 34 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, le Aziende USL conferiscono incarichi a tempo indeterminato per lo svolgimento dell'attività di assistenza primaria secondo il seguente ordine di priorità:

- a) per trasferimento, ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Si fa presente che, ai sensi e per gli effetti del comma 21 comma, art. 34 dell'ACN, il medico già convenzionato che chiede l'assegnazione del posto carente per "trasferimento" e che accetta l'incarico relativo decade dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza al momento della sua accettazione del nuovo ambito territoriale. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

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

**b)** ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- 1) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale valida per l'anno 2020;
- 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 e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;
- 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 e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale.

**c)** ai medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

La suddetta norma è applicata nei confronti dei medici che abbiano frequentato il corso di formazione specifica in medicina generale nel triennio 2015-2018 e abbiano ritardato l'acquisizione del titolo oltre il 31/01/2019 (termine di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione alla graduatoria regionale valida per l'anno 2020).

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella regione Toscana e, da ultimo, fuori regione.

**d)** ai medici, non titolari di altro incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria, ordinati secondo la seguente priorità:

- 1) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni
- 2) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

Ai sensi dell'art. 34 comma 17 del vigente ACN Medicina Generale, concluse le procedure di cui alle precedenti lett. a), b), c), qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati.

I medici di cui al punto 1) sono graduati sulla base del punteggio attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono: la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

I medici di cui al punto 2) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella regione Toscana e, da ultimo, fuori regione.

In caso di mancata assegnazione degli incarichi ai medici di cui alle lettere a) b) c) e d), potranno concorrere al conferimento:

- i medici abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale organizzato dalla Regione Toscana, 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;
- i medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

Per i suddetti medici, ai fini della presentazione della domanda, si rimanda a specifico avviso, che sarà successivamente pubblicato sul BURT, qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 5 dell'ACN 21.06.2018, comprese le procedure di cui all'art.5, comma 17, uno o più ambiti territoriali di

assistenza primaria rimangono vacanti. Nell'avviso saranno specificati modalità e termini per la presentazione delle domande nonché i criteri di definizione della relativa graduatoria.

La norma finale n. 2 dell'ACN/2009 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 a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale 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.

Ai sensi dell'art. 34 comma 1 ACN Medicina Generale, la presente pubblicazione è effettuata anche con riferimento agli ambiti che si renderanno carenti nel corso del corrente anno per effetto di cessazioni del rapporto convenzionale per sopraggiunti limiti d'età o per dimissioni del titolare.

Il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020.

#### **Modalità di presentazione della domanda**

I medici di cui ai sopra richiamati punti a) b) c) dovranno inviare, entro 20 giorni dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica domanda in bollo (Euro 16,00) utilizzando gli appositi moduli disponibili sul sito della Regione Toscana [www.regione.toscana.it/sst](http://www.regione.toscana.it/sst) alla voce "procedure" in "opportunità e scadenze".

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

A pena di esclusione, le domande dovranno essere presentate utilizzando, per ciascuna modalità di partecipazione (trasferimento, graduatoria, ecc...), lo specifico modello allegato al presente avviso.

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 AI POSTI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA".

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. Nel computo dei termini si esclude il giorno iniziale, e, se il giorno di scadenza fosse festivo, la scadenza è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo. I giorni festivi si computano nel termine.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della Posta Elettronica Certificata (PEC).

Al momento dell'invio della domanda il medico deve avere provveduto al pagamento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00. Nel caso di assolvimento dell'imposta tramite modello F23 o altra modalità telematica, è richiesto l'invio dell'attestazione del pagamento unitamente alla domanda.

La domanda dovrà essere firmata secondo una delle seguenti modalità:

1. con firma autografa su carta, in forma estesa e leggibile, scansionata e accompagnata da copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (ai sensi dell'art. 38 del

DPR 445/2000);

2. con firma digitale o qualificata intestata al candidato utilizzabile per qualunque tipo di trasmissione.

L'Amministrazione si riserva di procedere all'eventuale ammissione nei casi di omissione della firma a sottoscrizione della domanda o di mancanza di copia recante scansione del documento di identità, qualora, per la tipologia di strumento telematico di trasmissione utilizzato, il proponente risulti identificabile in modo certo.

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

L'Azienda USL Toscana Centro provvederà all'individuazione degli aventi diritto anche per conto delle altre Aziende USL, che rimangono competenti all'adozione del provvedimento di conferimento dell'incarico.

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

Il candidato è tenuto a verificare l'effettiva ricezione della domanda da parte dell'Azienda USL Toscana Centro attraverso la "ricevuta di avvenuta consegna" rilasciata dai sistemi telematici: l'assenza di tale ricevuta indica che la comunicazione non è stata recapitata ai sistemi aziendali.

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

L'azienda USL Toscana Centro è sollevata da ogni responsabilità per eventuali disguidi nel recapito determinati dalla mancata apposizione della corretta dicitura nell'oggetto della mail trasmessa tramite PEC, per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda e per eventuali disguidi non imputabili all'azienda stessa"

**Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 Regolamento europeo n. 679/2016:** ai sensi dell'art.13 del Reg. UE/679/2016, si informa che i dati personali che l'Azienda USL Toscana Centro, in qualità di Titolare del trattamento, acquisisce, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dall'art. 34 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Il titolare del trattamento dati è l'Azienda USL Toscana Centro.

Dati di contatto: dott. Bruno Latella – Direttore f.f. SOC MMG e Continuità Assistenziale – e- mail: bruno.latella@uslcentro.toscana.it - Tel. 0556933065.

Il Responsabile della protezione dei dati personali designato dall'Ente è l'Avv. Michele Morriello – e-mail: responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it.

Il conferimento dei dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di assegnazione degli ambiti carenti 2019 e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle suddette procedure di assegnazione.

I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.

I dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento, dott. Bruno Latella – Direttore f.f.. SOC MMG e Continuità Assistenziale, per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Gli interessati hanno il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (Avv. Michele Morriello – e-mail: responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it) o, ricorrendone i presupposti, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

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

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  
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE  
PEC: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

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

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

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel.....Cell.....PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 5, lettera a) dell'ACN/2009 e s.m.i, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria, pubblicati, ai sensi dell'art. 34 comma 25 del vigente ACN, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.43 del 21 ottobre2020, e segnatamente per i seguenti ambiti (**in mancanza dell'indicazione dell'ambito prescelto, non verrà assegnato alcun ambito**):

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

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

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

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 per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria n.....di..... per l'ambito territoriale di ..... della Regione ..... dal ..... detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN.
- 2) di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria dal..... al ..... ambito ..... Regione ..... dal..... al ..... ambito ..... Regione..... detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN
- 3) di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di..... in data ..... con voto ...../110,
- 4) 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 <sup>(2)</sup> 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.....

### 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 straordinaria delle zone carenti 2020

Luogo e data .....

.....

**(firma autenticata)\***

- (\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

#### **NOTE:**

- (1) L'Azienda USL Toscana Centro provvederà allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) Cancellare la parte che non interessa.

#### **N.B.**

Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 34 comma 5 lett. a) ACN/2009, ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Ai sensi dell'art. 34 comma 6, ACN/2009, 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 ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA)**

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  
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE  
PEC: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

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

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

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel.....Cell.....PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lettera b) dell'ACN/2009 e s.m.i, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati, ai sensi dell'art. 34 comma 25 del vigente ACN, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.43 del 21 ottobre2020 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**):

<b>AZIENDA USL TOSCANA SUD EST</b>			
<b>AMBITO TERRITORIALE</b>	<b>N° posti</b>	<b>NOTE</b>	<b>Scelta</b>
Montepulciano, Pienza, Sinalunga, Torrita di Siena e Trequanda	1	Con obbligo di ambulatorio nel Comune di Sinalunga, frazioni di Guazzino e Rigomagno	<input type="checkbox"/>
Capalbio, Isola del Giglio, Magliano in Toscana, Manciano, Monte Argentario, Orbetello, Pitigliano e Sorano	1	Con obbligo di ambulatorio principale all'Isola del Giglio	<input type="checkbox"/>
Castiglion Fiorentino, Lucignano, Foiano della Chiana, Marciano della Chiana	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Foiano della Chiana	<input type="checkbox"/>
S. Giovanni Valdarno, Caviglia, Castelfranco-Piandiscò, Loro Ciuffenna, Terranuova Bracciolini, Montevarchi, Bucine, Laterina, Pergine Valdarno	1	Con ambulatorio principale da concordare con il responsabile di Distretto	<input type="checkbox"/>
Arezzo, Capolona, Castiglion Fibocchi, Subbiano, Civitella Val di Chiana, Monte S.Savino	4	Di cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>• uno con obbligo di ambulatorio principale a Civitella Val di Chiana</li> <li>• uno con obbligo di ambulatorio principale a Monte S. Savino</li> <li>• 2 con ambulatorio principale da concordare con il responsabile di Distretto</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

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

### DICHIARA

- 1) di essere residente nel Comune di..... dal (gg/mm/aaaa)<sup>(2)</sup> .....  
PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare gg/mm/aaaa)<sup>(2)</sup>  
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 presso l'Università degli Studi di.....in data ..... con voto ...../110
- 4) di essere incluso nella graduatoria regionale valida per l'anno 2020
- 5) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia di ..... dal.....
- 6) vista la norma finale n. 2 dell'ACN/2009, di essere/non essere<sup>(3)</sup> in possesso del Titolo di Formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs 256/91 e D.Lgs 368/99, conseguito in data ..... nella Regione .....

Il sottoscritto, in osservanza di quanto previsto dall'art. 34 comma 15 vigente ACN chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare una sola casella**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91 e D.Lgs 368/99;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

Il sottoscritto,

### DICHIARA ALTRESÌ

1.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 apposta 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 impegnandosi 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 straordinaria delle zone carenti 2020.

Luogo e Data .....

.....  
**(firma autenticata)\***

(\*) Ai sensi dell'articolo 38 del decreto 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).

**NOTE:**

- (1) L'Azienda USL Toscana Centro provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31/01/2017. In caso di indicazione del solo mese e anno la decorrenza verrà valutata dall'ultimo giorno del mese indicato; in caso di indicazione del solo anno la decorrenza verrà valutata dal 31 dicembre dell'anno indicato. La mancata compilazione degli spazi relativi alla residenza comporta la non attribuzione dei punteggi di cui art. 34. comma 8, lett. b) e c) del ACN/2009
- (3) Cancellare la parte che non interessa.

**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/2009, art. 15 comma 11).

Si fa presente che, ai sensi della vigente normativa, il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto carente di assistenza primaria non può concorrere all'assegnazione di un ulteriore incarico dello stesso settore in base alla medesima graduatoria.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(art. 34 comma 5 lett. c) ACN)**

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  
S.O.C. MMG E CONTINUTA' ASSISTENZIALE  
PEC: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

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

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

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel.....Cell.....PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

ai sensi dell'art. 34 comma 5, lett.c del vigente ACN per la Medicina Generale,

**FA DOMANDA**

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati, ai sensi dell'art. 34 comma 25 del vigente ACN, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.43 del 21 ottobre2020 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**):

<b>AZIENDA USL TOSCANA SUD EST</b>			
<b>AMBITO TERRITORIALE</b>	<b>Posti</b>	<b>NOTE</b>	<b>Scelta</b>
Montepulciano, Pienza, Sinalunga, Torrita di Siena e Trequanda	1	Con obbligo di ambulatorio nel Comune di Sinalunga, frazioni di Guazzino e Rigomagno	<input type="checkbox"/>
Capalbio, Isola del Giglio, Magliano in Toscana, Manciano, Monte Argentario, Orbetello, Pitigliano e Sorano	1	Con obbligo di ambulatorio principale all'Isola del Giglio	<input type="checkbox"/>
Castiglion Fiorentino, Lucignano, Foiano della Chiana, Marciano della Chiana	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Foiano della Chiana	<input type="checkbox"/>
S. Giovanni Valdarno, Caviglia, Castelfranco-Piandiscò, Loro Ciuffenna, Terranuova Bracciolini, Montevarchi, Bucine, Laterina, Pergine Valdarno	1	Con ambulatorio principale da concordare con il responsabile di Distretto	<input type="checkbox"/>
Arezzo, Capolona, Castiglion Fibocchi, Subbiano, Civitella Val di Chiana, Monte S.Savino	4	Di cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>• uno con obbligo di ambulatorio principale a Civitella Val di Chiana</li> <li>• uno con obbligo di ambulatorio principale a Monte S. Savino</li> <li>• 2 con ambulatorio principale da concordare con il responsabile di Distretto</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

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 Professionale dell'Ordine Medici della Provincia di ..... dal.....
- 4) di aver frequentato il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 2014/2017 e di aver conseguito il titolo di Formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs 256/91 e D.Lgs 368/9 successivamente al 31/01/2019, in data..... nella Regione .....

### DICHIARA ALTRESÌ

1.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 apposta 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 impegnandosi 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 straordinaria delle zone carenti 2020.

Luogo e Data .....

(firma autenticata)\*

(\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR.445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

### NOTE

- (1) L'Azienda USL Toscana Centro provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.