



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

**Direzione Sanità, Welfare e Coesione
Sociale**

Settore Assistenza sanitaria territoriale

AVVISO

ZONE CARENTI PER L'ASSISTENZA PEDIATRICA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE TOSCANA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023

Ai sensi dell'art. 32 comma 19 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del del 28 aprile 2022, si pubblica in via straordinaria, per l'annualità 2023, l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di pediatria individuati dalle Aziende Sanitarie sulla base dei criteri di cui all'art. 30 dello stesso ACN.

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO		
AMBITO TERRITORIALE	Posti	NOTE
Fiesole, Vaglia	2	<ul style="list-style-type: none">• Uno con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Vaglia• Uno con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Fiesole, in località Compiobbi
Mugello: Borgo San.Lorenzo, Barberino di Mugello, Scarperia-S.Piero, Vicchio, Dicomano, Londa, San Godenzo, Marradi-Firenzuola, Palazzuolo sul Senio	1	Con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Vicchio
Pelago, Pontassieve, Rufina	1	
Prato, Montemurlo	2	
Bagno a Ripoli	1	
AZIENDA USL TOSCANA SUD EST		
AMBITO TERRITORIALE	Posti	NOTE
Abbadia San Salvatore, Castiglione D'Orcia, Cetona, Chiusi, Piancastagnaio, Radicofani, S.Casciano dei Bagni e Sarteano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Abbadia San Salvatore e accessi settimanali a Piancastagnaio
Chianciano Terme, Montepulciano, Pienza e San Quirico d'Orcia	1	Con obbligo di ambulatorio principale a San Quirico d'Orcia
Siena	1	
Buonconvento e Montalcino	1	Con obbligo di ambulatorio a Buonconvento e a Montalcino e accessi quindicinali alternati nelle località di San Giovanni d'Asso e Torrenieri (frazioni di Montalcino)
Monteroni d'Arbia e Murlo	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Monteroni d'Arbia
Castiglione della Pescaia, Scansano, Grosseto	2	Entrambi con obbligo di ambulatorio principale a Grosseto
Follonica, Gavorrano,, Massa Marittima, Monterotondo,	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Follonica, un

Montieri e Scarlino		accesso settimanale a Gavorrano e un accesso settimanale in località Giuncarico (frazione di Gavorrano)
Magliano in Toscana, Monte Argentario e Orbetello	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Magliano in Toscana e accessi settimanali in località Albinia (frazione di Orbetello)
Capalbio, Manciano, Pitigliano e Sorano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Pitigliano e secondario a Sorano
Bucine, Castelfranco Piandiscò, Cavriglia, Laterina Pergine Valdarno, Loro Ciuffenna, Montevarchi, San Giovanni Valdarno e Terranuova Bracciolini	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Bucine

Ai sensi dell'art. 32, comma 5, lett. a) b) c) d) del vigente ACN per la Pediatria di libera scelta, possono presentare domanda per la copertura di posti carenti:

- a) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato in Regione Toscana da almeno 2 anni nell'ambito territoriale di provenienza e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.
- b) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.
- c) medici pediatri presenti nella graduatoria regionale vigente al momento della pubblicazione del presente avviso.
- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti, ai sensi della tabella B del D.M. 30.01.1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione nella vigente graduatoria regionale autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso.

Ai sensi dell'art. 19, comma 3 del vigente ACN, i medici già titolari di incarico di assistenza pediatrica possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.

I pediatri di cui alle lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva negli elenchi dei pediatri convenzionati, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 21 comma 1 del vigente ACN.

I pediatri di cui alla lettera c) sono graduati i criteri stabiliti dall'art. 32, comma 7 del vigente ACN.

I pediatri di cui alla lettera d) concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai pediatri inclusi nella vigente graduatoria regionale e sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, voto di specializzazione e della minore età, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda e, successivamente, nella regione Toscana e fuori regione.

Si fa presente che, ai sensi e per gli effetti del comma 16, art. 32 del vigente ACN, il medico pediatra già convenzionato che chiede l'assegnazione del posto carente per "trasferimento" e che accetta l'incarico relativo decade dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza al momento della sua accettazione del nuovo ambito territoriale. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Modalità di presentazione della domanda

I medici di cui ai sopra richiamati punti a), b), c), d), dovranno inviare, entro 20 giorni dal giorno della pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica domanda in bollo (Euro 16,00) utilizzando il modello di domanda allegato al presente avviso, disponibile sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it/sst alla voce "procedure" in "opportunità e scadenze".

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

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 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 deve essere inviata, esclusivamente per PEC, da casella di posta elettronica certificata di cui il candidato sia titolare, all'indirizzo **personaleconvenzionato@postacert.toscana.it** e deve riportare chiaramente nell'oggetto la dicitura "DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA"

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

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. 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).

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 **18 dicembre 2023** 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 ambiti territoriali carenti. 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 in sede di convocazione, il medico potrà dichiarare mediante posta elettronica certificata, entro e non oltre 3 giorni antecedenti la data e l'ora di convocazione indicata, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione, definitiva e vincolante, dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; **in tal caso, ai sensi dell'art. 32 comma 15 del vigente ACN, gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.**

La mancata dichiarazione di accettazione rilasciata personalmente o tramite PEC entro i termini sopra indicati, sarà considerata rinuncia ai sensi dell'art. 32 comma 14 dell'ACN.

Ai sensi dell'art. 32 comma 15 dell'ACN, il pediatra che accetta l'incarico non potrà partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nello stesso anno.

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. 32 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

Il titolare del trattamento dati è l'Azienda USL Toscana Centro. Dati di contatto:

dott. Bruno Latella – Direttore SOC Pediatri di Famiglia e Specialisti ambulatoriali – Tel. 0556933065 – e-mail: bruno.latella@uslcentro.toscana.it.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati sono i seguenti:

responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it

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

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

I dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento, dott. Bruno Latella – Direttore SOC Pediatri di Famiglia e Specialisti ambulatoriali, per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Gli interessati hanno il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati 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 ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(PER TRASFERIMENTO)**

**Marca da bollo (€ 16,00)
da annullare con data.**

(non coprire il numero identificativo)

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO ⁽¹⁾
S.O.C. PEDIATRI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI
AMBULATORIALI
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.32, comma 5 lettera a) e lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di cui all' Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 28.04.2022

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

per l'assegnazione dell'ambito territoriale carente per l'assistenza pediatrica, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 46 del 15 novembre 2023, sotto indicato:

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO			
AMBITO TERRITORIALE	N° posti	NOTE	Scelta
Fiesole, Vaglia	2	<ul style="list-style-type: none"> Uno con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Vaglia Uno con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Fiesole, in località Compiobbi 	<input type="checkbox"/>
Mugello: Borgo San.Lorenzo, Barberino di Mugello, Scarperia-S.Piero, Vicchio, Dicomano, Londa, San Godenzo, Marradi-Firenze, Palazzuolo sul Senio	1	Con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Vicchio	<input type="checkbox"/>
Pelago, Pontassieve, Rufina	1		<input type="checkbox"/>
Prato, Montemurlo	2		<input type="checkbox"/>
Bagno a Ripoli	1		<input type="checkbox"/>
AZIENDA USL TOSCANA SUD EST			
AMBITO TERRITORIALE	N° posti	NOTE	Scelta
Abbadia San Salvatore, Castiglione D'Orcia, Cetona, Chiusi, Piancastagnaio, Radicofani, S.Casciano dei Bagni e Sarteano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Abbadia San Salvatore e accessi settimanali a Piancastagnaio	<input type="checkbox"/>
Chianciano Terme, Montepulciano, Pienza e San Quirico d'Orcia	1	Con obbligo di ambulatorio principale a San Quirico d'Orcia	<input type="checkbox"/>
Siena	1		<input type="checkbox"/>

Buonconvento e Montalcino	1	Con obbligo di ambulatorio a Buonconvento e a Montalcino e accessi quindicinali alternati nelle località di San Giovanni d'Asso e Torrenieri (frazioni di Montalcino)	<input type="checkbox"/>
Monteroni d'Arbia e Murlo	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Monteroni d'Arbia	<input type="checkbox"/>
Castiglione della Pescaia, Scansano, Grosseto	2	Entrambi con obbligo di ambulatorio principale a Grosseto	<input type="checkbox"/>
Follonica, Gavorrano,, Massa Marittima, Monterotondo, Montieri e Scarlino	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Follonica, un accesso settimanale a Gavorrano e un accesso settimanale in località Giuncarico (frazione di Gavorrano)	<input type="checkbox"/>
Magliano in Toscana, Monte Argentario e Orbetello	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Magliano in Toscana e accessi settimanali in località Albinia (frazione di Orbetello)	<input type="checkbox"/>
Capalbio, Manciano, Pitigliano e Sorano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Pitigliano e secondario a Sorano	<input type="checkbox"/>
Bucine, Castelfranco Piandiscò, Cavriglia, Laterina Pergine Valdarno, Loro Ciuffenna, Montevarchi, San Giovanni Valdarno e Terranuova Bracciolini	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Bucine	<input type="checkbox"/>
Abbadia San Salvatore, Castiglione D'Orcia, Cetona, Chiusi, Piancastagnaio, Radicofani, S.Casciano dei Bagni e Sarteano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Abbadia San Salvatore e accessi settimanali a Piancastagnaio	<input type="checkbox"/>

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

- 1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Famiglia presso l'Azienda Sanitaria n.....di..... per l'ambito territoriale di della Regione dal detratti eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 21 comma 1 del vigente ACN.
- 2) di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza pediatrica dal.....al ambito Regione dal..... al ambito Regione..... detratti eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 21 comma 1 del vigente ACN.
- 3) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di..... in data con voto/110
- 4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data
- 5) di aver conseguito la specializzazione in pediatria in data.....con voto.....
- 6) di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia didal.....

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

DICHIARA

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

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

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 delle zone carenti straordinarie 2023 per la pediatria di libera scelta.

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.
- (2)** Cancellare la parte che non interessa

N.B.

Ai sensi dell'art. 19 comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 28.04.2022, i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.

Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui all'art. 32 comma 5 lett. a) e b) del vigente ACN Pediatria ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza.

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

**Marca da bollo (€ 16,00)
da annullare con data.**

(non coprire il numero identificativo)

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO ⁽¹⁾
S.O.C. PEDIATRI DI FAMIGLIA E
SPECIALISTI AMBULATORIALI
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. 32, comma 5, lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 28.04.2022,

FA DOMANDA

per l'assegnazione dell'ambito territoriale carente per l'assistenza pediatrica, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 46 del 15 novembre 2023, sotto indicato:

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO			
AMBITO TERRITORIALE	N° posti	NOTE	Scelta
Fiesole, Vaglia	2	<ul style="list-style-type: none"> • Uno con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Vaglia • Uno con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Fiesole, in località Compiobbi 	<input type="checkbox"/>
Mugello: Borgo San.Lorenzo, Barberino di Mugello, Scarperia-S.Piero, Vicchio, Dicomano, Londa, San Godenzo, Marradi-Firenzuola, Palazzuolo sul Senio	1	Con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Vicchio	<input type="checkbox"/>
Pelago, Pontassieve, Rufina	1		<input type="checkbox"/>
Prato, Montemurlo	2		<input type="checkbox"/>
Bagno a Ripoli	1		<input type="checkbox"/>
AZIENDA USL TOSCANA SUD EST			
AMBITO TERRITORIALE	N° posti	NOTE	Scelta
Abbadia San Salvatore, Castiglione D'Orcia, Cetona, Chiusi, Piancastagnaio, Radicofani, S.Casciano dei Bagni e Sarteano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Abbadia San Salvatore e accessi settimanali a Piancastagnaio	<input type="checkbox"/>
Chianciano Terme, Montepulciano, Pienza e San Quirico d'Orcia	1	Con obbligo di ambulatorio principale a San Quirico d'Orcia	<input type="checkbox"/>
Siena	1		<input type="checkbox"/>
Buonconvento e Montalcino	1	Con obbligo di ambulatorio a Buonconvento	<input type="checkbox"/>

		e a Montalcino e accessi quindicinali alternati nelle località di San Giovanni d'Asso e Torrenieri (frazioni di Montalcino)	
Monteroni d'Arbia e Murlo	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Monteroni d'Arbia	<input type="checkbox"/>
Castiglione della Pescaia, Scansano, Grosseto	2	Entrambi con obbligo di ambulatorio principale a Grosseto	<input type="checkbox"/>
Follonica, Gavorrano,, Massa Marittima, Monterotondo, Montieri e Scarlino	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Follonica, un accesso settimanale a Gavorrano e un accesso settimanale in località Giuncarico (frazione di Gavorrano)	<input type="checkbox"/>
Magliano in Toscana, Monte Argentario e Orbetello	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Magliano in Toscana e accessi settimanali in località Albinia (frazione di Orbetello)	<input type="checkbox"/>
Capalbio, Manciano, Pitigliano e Sorano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Pitigliano e secondario a Sorano	<input type="checkbox"/>
Bucine, Castelfranco Piandiscò, Caviglia, Laterina Pergine Valdarno, Loro Ciuffenna, Montevarchi, San Giovanni Valdarno e Terranuova Bracciolini	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Bucine	<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)⁽²⁾

PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare gg/mm/aa)

dal alComune di.....
dal alComune di.....
dal alComune di.....
dal alComune di.....

2) di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica

3) di aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università degli Studi di.....in data/110 con voto

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 2023

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

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 delle zone carenti straordinarie 2023 per la pediatria di libera scelta.

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.
- (2)** La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal **31/01/20**. 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. 32, comma 7, lett. b) e c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 28.04.2022.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(art. 32 comma 5 lett. d) Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria
di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 28.04.2022)

**Marca da bollo (€ 16,00)
da annullare con data.**

(non coprire il numero identificativo)

A: AZIENDA USL TOSCANA CENTRO ⁽¹⁾
S.O.C. PEDIATRI DI FAMIGLIA E
SPECIALISTI AMBULATORIALI
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. 32 comma 5 lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 28.04.2022,

FA DOMANDA

per l'assegnazione dell'ambito territoriale carente per l'assistenza pediatrica, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 46 del 15 novembre 2023, sotto indicato:

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO			
AMBITO TERRITORIALE	N° posti	NOTE	Scelta
Fiesole, Vaglia	2	<ul style="list-style-type: none"> • Uno con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Vaglia • Uno con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Fiesole, in località Compiobbi 	<input type="checkbox"/>
Mugello: Borgo San.Lorenzo, Barberino di Mugello, Scarperia-S.Piero, Vicchio, Dicomano, Londa, San Godenzo, Marradi-Firenzuola, Palazzuolo sul Senio	1	Con vincolo di apertura ambulatorio almeno 2 giorni a settimana a Vicchio	<input type="checkbox"/>
Pelago, Pontassieve, Rufina	1		<input type="checkbox"/>
Prato, Montemurlo	2		<input type="checkbox"/>
Bagno a Ripoli	1		<input type="checkbox"/>
AZIENDA USL TOSCANA SUD EST			
AMBITO TERRITORIALE	N° posti	NOTE	Scelta
Abbadia San Salvatore, Castiglione D'Orcia, Cetona, Chiusi, Piancastagnaio, Radicofani, S.Casciano dei Bagni e Sarteano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Abbadia San Salvatore e accessi settimanali a Piancastagnaio	<input type="checkbox"/>

Chianciano Terme, Montepulciano, Pienza e San Quirico d'Orcia	1	Con obbligo di ambulatorio principale a San Quirico d'Orcia	<input type="checkbox"/>
Siena	1		<input type="checkbox"/>
Buonconvento e Montalcino	1	Con obbligo di ambulatorio a Buonconvento e a Montalcino e accessi quindicinali alternati nelle località di San Giovanni d'Asso e Torrenieri (frazioni di Montalcino)	<input type="checkbox"/>
Monteroni d'Arbia e Murlo	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Monteroni d'Arbia	<input type="checkbox"/>
Castiglione della Pescaia, Scansano, Grosseto	2	Entrambi con obbligo di ambulatorio principale a Grosseto	<input type="checkbox"/>
Follonica, Gavorrano,, Massa Marittima, Monterotondo, Montieri e Scarlino	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Follonica, un accesso settimanale a Gavorrano e un accesso settimanale in località Giuncarico (frazione di Gavorrano)	<input type="checkbox"/>
Magliano in Toscana, Monte Argentario e Orbetello	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Magliano in Toscana e accessi settimanali in località Albinia (frazione di Orbetello)	<input type="checkbox"/>
Capalbio, Manciano, Pitigliano e Sorano	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Pitigliano e secondario a Sorano	<input type="checkbox"/>
Bucine, Castelfranco Piandiscò, Cavriglia, Laterina Pergine Valdarno, Loro Ciuffenna, Montevarchi, San Giovanni Valdarno e Terranuova Bracciolini	1	Con obbligo di ambulatorio principale a Bucine	<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 aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data
- 4) di aver acquisito il diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 (specificare.....) presso l'Università degli Studi di in data con voto.....
- 5) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia didal.....

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 delle zone carenti straordinarie 2023 per la pediatria di libera scelta.

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.
- (2) Ai sensi dell'art. 32 comma 5 lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 28.04.2022, è consentita la partecipazione alla procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti, ai pediatri che hanno acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del DM 30/1/1998 e s.m.i., successivamente alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno incorso.