

REGIONE TOSCANA**Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di
Solidarietà****Settore Medicina Predittiva-Preventiva****Accordo collettivo nazionale per la regolamenta-
zione 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 31/03/2008 di cui all'ACN Pediatria di famiglia
recepito con atto d'Intesa Conferenza Stato-Regioni
del 15.12.2005.**

SEGUE ALLEGATO

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 31/03/2008 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:

Carrara – Fosdinovo (*)

1

Azienda USL N. 3 di Pistoia

Ambito territoriale di:

Pistoia/Marliana (**)

1

Azienda USL N. 7 di Siena

Ambito territoriale di:

Sovicille / Chiusdino /Monticiano (***)

1

Azienda USL N. 8 di Arezzo

Ambito territoriale dei comuni accorpati di :

Poppi / Pratovecchio / Stia / Montemignaio / Castel San Niccolò (****)

1

Azienda USL N. 11 di Empoli

Ambito territoriale del comune di :

San Miniato

1

* con obbligo di apertura studio medico a Carrara

** con obbligo di apertura studio medico a Marliana e Momigno

***con obbligo di ambulatorio a Chiusdino

**** con obbligo di apertura ambulatorio a Castel San Niccolò, Poppi, Pratovecchio o Stia

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.C. 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 2008

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.

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

Raccomandata AR

BOLLO

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

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

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 didal.....

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.C. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via San Salvi, 12 – Palazzina 16
50135 FIRENZE

bollo

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

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

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:

Carrara – Fosdinovo (*) 45003 ()

Azienda USL N. 3 di Pistoia

Ambito territoriale di:

Pistoia/Marliana (**) 47014 ()

Azienda USL N. 7 di Siena

Ambito territoriale di:

Sovicille / Chiusdino / Monticiano (***) 52034 ()

Azienda USL N. 8 di Arezzo

Ambito territoriale dei comuni accorpati di:

Poppi / Pratovecchio / Stia / Montemignaio / Castel San Niccolò (****) 51031 ()

Azienda USL 11 di Empoli

Ambito territoriale nel comune di :

San Miniato 50032 ()

(*) con obbligo di apertura studio medico a Carrara

(**) con obbligo di apertura studio medico a Marliana e Momigno

(***) con obbligo di ambulatorio a Chiusdino

(****) con obbligo di apertura ambulatorio a Castel San Niccolò, Poppi, Pratovecchio o Stia

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 2008

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

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 **31/01/05**. 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.**