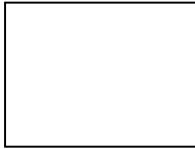


Bollo €16,00



Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Convenzioni nazionali  
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale  
Via Cocchi, 5/7  
56121 PISA

RIF.: **EST2018 emergenza sanitaria territoriale**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER EVENTUALI  
INCARICHI TEMPORANEI  
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AZIENDA USL TOSCANA  
NORD OVEST PER POTENZIAMENTO ESTIVO  
GIUGNO / OTTOBRE 2018**

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, laureato/a in Medicina e  
Chirurgia il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_, abilitato/a in  
data \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine dei Medici di  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, cod. regionale (eventuale)  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, tel.  
\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, e-mail  
\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

**di essere inserito/a nella graduatoria aziendale annuale di disponibilità per eventuali incarichi temporanei di Emergenza Sanitaria Territoriale per potenziamento estivo da giugno a ottobre 2018 presso (indicare con una "x" la/e voce/i di interesse):**

- l'ambito territoriale della ex Azienda Us1 di Massa e Carrara
- l'ambito territoriale della ex Azienda Us1 di Lucca
- l'ambito territoriale della ex Azienda Us1 di Pisa
- l'ambito territoriale della ex Azienda Us1 di Livorno(esclusa Isola d'Elba)
- l'ambito territoriale dell' Isola d'Elba
- l'ambito territoriale della ex Azienda Us1 di Viareggio
- Tutti gli ambiti territoriali dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest

## ALLEGATO "A"

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 ),

### DICHIARA

*(barrare e compilare la/e voce/i che interessano)*

- di essere inserito/a nella graduatoria regionale di settore per l'anno 2018 con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- di aver acquisito l'attestato DEU il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale o a corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di avere in corso il seguente rapporto di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di essere titolare di borsa di studio in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere assegnatario/a di Dottorato di ricerca retribuito \_\_\_\_ (sì/no) presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, al fine del conferimento degli incarichi suddetti.
- di aver svolto attività convenzionata di medico di Emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'ACN per la medicina generale, presso le seguenti Asl nei periodi indicati:
  - Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

## ALLEGATO "A"

- Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_.

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata:

- al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

\_\_\_\_\_

- indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_ -

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito [www.uslnordovest.toscana.it](http://www.uslnordovest.toscana.it) unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;
- che il termine di arrivo è tassativo e farà fede il timbro di protocollo in arrivo dell'Azienda, ovvero la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC;
- che il ricorso alla presente graduatoria avverrà in via subordinata, previo scorrimento della vigente graduatoria annuale per il conferimento di incarichi temporanei di Emergenza Sanitaria;
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate. In assenza, l'Azienda non si riterrà responsabile di mancato contatto.

Luogo e data

Firma leggibile (\*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) **ATTENZIONE:** La domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.