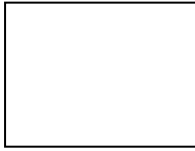


Bollo €16,00



Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
 UOC Convenzioni nazionali  
 di Assistenza primaria e Continuità assistenziale  
 Viale Alfieri 36  
 57124 LIVORNO

### DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO ATTIVITA' STAGIONALE DI ASSISTENZA AI TURISTI – ESTATE 2019

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato  
 a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale  
 \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, tel.  
 n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica  
 \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di poter svolgere l'attività di guardia turistica presso l'Azienda USL Toscana nord ovest presso le seguenti postazioni (***indicare con una "x" la/e postazione/i di interesse***), durante i periodi di attività stabiliti nel relativo avviso pubblico:

- Marina di Carrara       Partaccia (MS)       Marina di Massa
- Viareggio       Forte dei Marmi
- Calambrone (PI)       Cecina Mare       Cecina presidio ospedaliero (*cod. bianchi*)
- Vada       Rosignano Solvay       Marina di Castagneto Carducci
- Marina di Bibbona       San Vincenzo       Portoferraio
- Elba versante occidentale (*Marciana Marina, Marina di Campo*)
- Elba versante orientale (*Capoliveri, Porto Azzurro, Cavo, Rio Marina*)

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

- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di trovarsi in una delle seguenti condizioni (***indicare con una "x" la posizione di interesse***):

## ALLEGATO "A"

1. Medico convenzionato per l'Assistenza primaria o la Continuità assistenziale (*specificare incarico ed ambito territoriale di convenzionamento* \_\_\_\_\_, *ed indicare numero di assistiti o numero ore settimanali d'incarico* \_\_\_\_\_);
  2. Medico presente nella vigente graduatoria regionale di settore;
  3. Medico non presente nella graduatoria regionale ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale;
  4. Medico non presente nella graduatoria regionale e non iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione;
  5. Medico non presente nella graduatoria regionale e iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione.
- di aver avuto nella Azienda UsI Toscana nord ovest o in altre Aziende UsI incarichi formali di Continuità assistenziale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (anno 2019).

Il sottoscritto dichiara di aver presentato domanda anche nelle Aziende sotto riportate:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

e di prendere atto che l'incarico può essere conferito per una sola Azienda tra quelle richieste.

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 non sarà contattato per incarichi presso postazioni per le quali non abbia espresso la propria disponibilità;
- che nello stesso periodo non sarà possibile svolgere attività di assistenza ai turisti presso più di un ambito territoriale dell'Azienda UsI Toscana nord ovest (Massa e Carrara, Lucca, Versilia, Pisa e Livorno),

e di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

Luogo e data

Firma leggibile (\*)

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