

Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Convenzioni nazionali  
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale  
Via Cocchi 7/9 Pisa

TRAMITE PEC: [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it).

RIF.: **USCA2021**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI  
presso le Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA)  
per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19  
(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  
\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità per incarichi temporanei per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero nell'ambito delle Unità Speciali di Continuità assistenziale presenti nelle seguenti Zone-distretto (***indicare con una "x" la/e zona/e di interesse***):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apuane            | <input type="checkbox"/> Pisana                            |
| <input type="checkbox"/> Lunigiana         | <input type="checkbox"/> Alta Val di Cecina-Valdera        |
| <input type="checkbox"/> Piana di Lucca    | <input type="checkbox"/> Livornese                         |
| <input type="checkbox"/> Valle del Serchio | <input type="checkbox"/> Bassa Val di Cecina-Val di Cornia |
| <input type="checkbox"/> Versilia          | <input type="checkbox"/> Elba                              |

## 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 **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Assistenza primaria presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest dal \_\_\_\_\_ (ambito di \_\_\_\_\_);

di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Continuità assistenziale presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest dal \_\_\_\_\_ (postazione di \_\_\_\_\_);

di essere **medico supplente** di Continuità assistenziale presso l'Azienda Usl \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (postazione di \_\_\_\_\_);

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

di **non** essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale;

di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

## ALLEGATO "A"

---

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

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.