

## ALLEGATO "A"

Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Convenzioni nazionali  
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale  
Via Cocchi 7/9 Pisa  
pec [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

OGGETTO: TURI21 guardia turistica

### DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO ATTIVITA' STAGIONALE DI ASSISTENZA AI TURISTI – ESTATE 2021

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale  
\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, tel.  
n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_ codice regionale (eventuale)  
\_\_\_\_\_

#### 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:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Marina di Carrara  | <input type="checkbox"/> Partaccia (MS)   | <input type="checkbox"/> Marina di Massa               |
| <input type="checkbox"/> Viareggio  | <input type="checkbox"/> Forte dei Marmi  |  |
| <input type="checkbox"/> Calambrone (PI)  | <input type="checkbox"/> Cecina Mare      |  |
| <input type="checkbox"/> Vada   | <input type="checkbox"/> Rosignano Solvay | <input type="checkbox"/> Marina di Castagneto Carducci |
| <input type="checkbox"/> Marina di Bibbona  | <input type="checkbox"/> San Vincenzo     | <input type="checkbox"/> Portoferraio                  |
| <input type="checkbox"/> Elba versante occidentale ( <i>Marciana Marina, Marina di Campo</i> )          |   |  |
| <input type="checkbox"/> Elba versante orientale ( <i>Capoliveri, Porto Azzurro, Cavo, Rio Marina</i> ) |   |  |

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***):
  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 2021).

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):

\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

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;

## ALLEGATO “A”

- che il termine di arrivo è tassativo e farà fede 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 presso altre Asl.

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.