ALLEGATO "A"

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Acquisizione risorse da
Convenzioni uniche nazionali
Via Cocchi 7/9 Pisa
pec direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

OGGETTO: TURI23 guardia turistica

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO ATTIVITA' STAGIONALE DI ASSISTENZA AI TURISTI – ESTATE 2023

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:

□ Partaccia (MS) □ Viareggio □ Forte dei Marmi

□ Calambrone (PI) □ Vada □ Rosignano

□ Marina di Cecina □ Marina di Castagneto Carducci

□ Marina di Bibbona □ San Vincenzo □ Elba-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***):

1. Medico convenzionato per l'Assistenza primaria a ciclo di scelta o a rapporto orario (*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.

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

- _____
- _____
- _____
- _____

e di prendere atto che nel medesimo periodo 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 unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione**;**
- 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 Usl 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.*