

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: **MMG incarico provvisorio Massa-Montignoso**

DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICO PROVVISORIO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (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 _____, specializzato in
_____ il _____; 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 gli incarichi provvisori risultante dall'avviso pubblico del 6.03.2023 (prot. n. 78976) relativo all'ambito territoriale di Massa-Montignoso con obbligo di apertura di ambulatorio presso le sedi sotto indicate (barrare la/e voce/i che interessa ed indicare ordine di preferenza, 1 o 2):

- due incarichi presso la Casa della salute di Massa (preferenza n. ____);
- un incarico presso la Casa della salute di Montignoso (preferenza n. ____).

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)

ALLEGATO "A"

di essere inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2023 alla posizione n. _____ con il punteggio di _____;

di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il _____ presso _____;

di aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____ e di aver concluso il prescritto tirocinio in data _____;

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____ e di **non** aver ancora concluso il prescritto tirocinio;

di essere iscritto/a al corso di specializzazione in _____ dal _____ presso _____;

di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i 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 _____;

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. _____ pec _____

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.