

## 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](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

### OGGETTO: **MMG INCARICO SOSTITUZIONE CARRARA**

#### DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICO DI SOSTITUZIONE 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 di sostituzione risultanti dall'avviso pubblico del 17.07.2023 (prot. n. 218588) relativo all'ambito territoriale di Carrara.

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

## ALLEGATO "A"

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.