

RIF.:TURNI ELBA

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER TURNI ORDINARI / TURNI AGGIUNTIVI NELLE
POSTAZIONI PET E PRONTO SOCCORSO DI PORTOFERRAIO DELL'ISOLA D'ELBA DEL
SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AZIENDA USL TOSCANA
NORD OVEST- GENNAIO 2024 - DICEMBRE 2024**

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....,
nato/a a.....(Prov.....) il....., Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(Prov.....),
Via/Piazza.....n.....cap..... cell.
e-mailPec,
in servizio attualmente presso la postazione di

dichiarando di aver preso visione dell'avviso di manifestazione di interesse relativa alla formazione di elenchi di medici convenzionati operanti nell'ambito del servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda USL Toscana nordovest rispettivamente disponibili alla copertura di turni ordinari e disponibili alla copertura di turni aggiuntivi , nelle postazioni PET e presso il Pronto Soccorso dell'isola d'Elba, delle modalità di partecipazione alla procedura indetta e dei criteri individuati per la loro formazione,

CHIEDE (barrare una sola opzione)

- ☐ di essere inserito/a nell'elenco medici disponibili alla copertura di **turni ordinari** nelle sedi della zona dell'Elba per l'anno 2024 (e di essere disponibile a svolgere i turni ordinari nella misura di n° ore mensili nel corso dell'anno)
- ☐ di essere inserito/a nell'elenco medici disponibili alla copertura di **turni aggiuntivi** nelle sedi della zona dell'Elba per l'anno 2024.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, 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.445/200),

DICHIARA

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università degli Studi di _____

Allega alla presente valido **documento di identità**.

Data _____

Firma per esteso _____