

AUSL TOSCANA NORDOVEST

ACN MEDICI SPECIALISTI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ AMBULATORIALI

PRECISAZIONE SU TURNI IN CORSO DI PUBBLICAZIONE

Con riferimento al turno vacante di specialistica ambulatoriali in corso di pubblicazione sotto riportato, si precisa che le ore da attribuirsi possono essere collocate in tutto il territorio afferente alla Zona Valli Etrusche.

TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO					
Branca Specialistica/ Area professionale	Ambito Territoriale	Codice da riportare in oggetto nella domanda	Orario settimanale	Sede di servizio	Note/ Previsione di accertamento di particolari capacità professionali
Geriatrics	Livorno	CZ251	30 ore settimanali	Zona Valli Etrusche	

05/12/2023

Direttore Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni
Uniche Nazionali
Dr. Emilio Carlo Di Spigno

Obbligo di bollo:

L'assolvimento dell'obbligo di bollo da € 16,00 dovrà essere versato con il modello F23 (posta o banca: campo codice TZZ – Ufficio territoriale Pisa – Codice tributo 456T).

Da allegare in copia a dimostrazione dell'avvenuto pagamento.

A Azienda Usl Toscana Nordovest
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni Uniche Nazionali

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Oggetto: dichiarazione di disponibilità al conferimento di turni vacanti di specialistica ambulatoriale.

CODICE TURNO.....

BRANCA: N. ore in pubblicazione:

AMBITO TERRITORIALE:.....

ZONA/SEDE DI SERVIZIO:.....-

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ Via/P.zza _____,
tel _____,
mail: _____ PEC: _____

DICHIARA

la propria disponibilità a ricoprire il turno in oggetto: _____.

Dichiara inoltre di aver conseguito la laurea in _____ in
data _____ presso _____ con
voto _____ / _____;

di aver conseguito la specializzazione in _____ in data _____ con
voto _____ / _____ presso _____

di essere iscritto all'Albo/Ordine _____ Prov. _____ dal _____.

Ai fini dell'individuazione delle priorità per l'attribuzione dei turni vacanti di cui all'A.C.N. /2015 dichiara inoltre di essere (barrare la casella che interessa):

☐ medico specialista titolare d'incarico a tempo indeterminato dal.....al.....c/o.....n.

Ore;

☐ medico specialista titolare d'incarico a tempo determinato dalal.....c/o.....n.

Ore;

☐ medico specialista titolare d'incarico provvisorio dal.....al.....c/o.....n. Ore;

dichiara inoltre il dettaglio degli incarichi (diversi dalla specialistica ambulatoriale) in atto presso altre Aziende o Enti:

.....
.....
.....

Dichiara inoltre :

☐ di essere iscritto nella graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno, ambito territoriale di.....;

☐ di non essere iscritto nella graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno in corso;

☐ di non essere titolare/incaricato di altro rapporto di lavoro a qualsiasi titolo con strutture pubbliche o private accreditate con il SSN/SSR;

☐ di essere titolare/incaricato di altro rapporto di lavoro a qualsiasi titolo con le strutture pubbliche o private accreditate con il SSN/SSR di seguito elencate;

.....
.....

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali forniti nell'ambito del presente procedimento ai sensi della L. 675/96.

Allega alla presente curriculum formativo e professionale in formato europeo datato e firmato, dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata ai sensi del DPR 445/2000 e copia di documento di identità in corso di validità.

Luogo,

Firma.....