

Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Acquisizione Risorse da  
Convenzioni Uniche Nazionali  
Via Cocchi 7/9 –Ospedaletto Pisa  
PEC: cc.uu.nn.uslnordovest@postacert.toscana.it

**RIF.: MMG INCARICHI PROVVISORI AMBITO VALLE DEL SERCHIO:**

- ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAGNI DI LUCCA DECORRENZA DAL 01.01.2024;**
- ASSISTENZA AMBULATORIALE A BORGO A MOZZANO DECORRENZA DAL 13.01.2024;**

**DOMANDA DI DISPONIBILITÀ PER INCARICHI PROVVISORI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

(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/a nella graduatoria aziendale annuale di disponibilità per l' incarico provvisorio risultante dall'Avviso Pubblico del 19/12/2023 per Incarico Provvisorio AMBITO VALLE DEL SERCHIO – CON ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAGNI DI LUCCA – con decorrenza 01.01.2023.

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale annuale di disponibilità per l' incarico provvisorio risultante dall'Avviso Pubblico del 19/12/2023 per Incarico Provvisorio AMBITO VALLE DEL SERCHIO – CON ASSISTENZA AMBULATORIALE A BORGO A MOZZANO – con decorrenza 14.01.2023.

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 per l'anno 2022 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 (specificare anche la Regione) \_\_\_\_\_ e di aver concluso il prescritto tirocinio in data \_\_\_\_\_;

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_  
presso (specificare anche la Regione) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito [www.uslnordovest.toscana.it](http://www.uslnordovest.toscana.it) unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;
- che il termine di scadenza dell'avviso è tassativo e che farà fede, per le domande, la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC; che l'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili ai servizi telematici;
- 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 ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.