

All'Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Acquisizione risorse
da Convenzioni uniche nazionali
Via Cocchi 7/9 - Pisa
pec direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

OGGETTO: MAPTEMP

**DOMANDA DI DISPONIBILITÀ PER INCARICO
PROVVISORIO/SOSTITUZIONE DI MEDICO DI ASSISTENZA
PENITENZIARIA PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI DELL'AZIENDA
USL TOSCANA NORD OVEST**
(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 _____, 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/sostituzione risultanti dall'avviso pubblico del 7.03.2024 (prot. n. 77729) relativi ai seguenti istituti penitenziari (*barrare la/e voce/i che interessano ed indicare ordine di preferenza, 1, 2, etc.*):

Istituto penitenziario di Massa (5 posti) _____ Istituto penitenziario di Livorno-Gorgona (3 posti) _____

Istituto penitenziario di Pontremoli (3 posti) _____ Istituto penitenziario di Porto Azzurro (7 posti) _____

Istituto penitenziario di Pisa (2 posti) _____

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 2024 alla posizione n. _____ con il punteggio di _____;

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

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____;

di essersi iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

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 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;

- che non sarà contattato/a per incarichi presso gli istituti per i quali non abbia espresso la propria disponibilità;
- che l'accettazione dell'eventuale incarico temporaneo implica incondizionatamente, per il periodo interessato, l'accettazione di turni di reperibilità (se attivata);
- 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.*