

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Acquisizione Risorse da
Convenzioni Uniche Nazionali
Via Cocchi 7/9 – Ospedaletto Pisa

PEC: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

RIF.: MMG INCARICO PROVVISORIO AMBITO LUCCA 2 – L'INCARICATO DEVE GARANTIRE L'APERTURA DELL'AMBULATORIO PRESSO LA CASA DELLA SALUTE DEL TURCHETTO (COMUNE DI MONTECARLO) E/O PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA SITA NEL COMUNE DI ALTOPASCIO (DA CONCORDARE CON LA ZONA DISTRETTO) – CON DECORRENZA 08.04.2024.

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICO PROVVISORIO 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 giorno 26/03/2024 per **AMBITO LUCCA 2 – L'INCARICATO DEVE GARANTIRE L'APERTURA DELL'AMBULATORIO PRESSO LA CASA DELLA SALUTE DEL TURCHETTO (COMUNE DI MONTECARLO) E/O PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA SITA NEL COMUNE DI ALTOPASCIO (DA CONCORDARE CON LA ZONA DISTRETTO) – CON DECORRENZA 08.04.2024.**

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 2024 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 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.