

All'Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Acquisizione risorse  
da Convenzioni uniche nazionali  
Viale Alfieri 36 - Livorno  
pec [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

**OGGETTO: CA2025**

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA PER INCARICHI  
TEMPORANEI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO  
PRESSO LE POSTAZIONI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST  
E/O NELL'ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI A CHIAMATE  
IMPROVVISE PER L'ANNO 2025**  
(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/a *oppure* ☐ di aggiornare la propria posizione

1) nella **graduatoria aziendale annuale di disponibilità** per incarichi temporanei (a tempo determinato e sostituzione) di Assistenza primaria a rapporto orario per l'anno 2025 presso (**indicare con una "x" la/e voce/i di interesse**):

- |                                                           |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zona-distretto delle Apuane      | <input type="checkbox"/> Zona-distretto Pisana                    |
| <input type="checkbox"/> Zona-distretto della Lunigiana   | <input type="checkbox"/> Zona-distr.to Valdera-Alta Val di Cecina |
| <input type="checkbox"/> Zona-distretto Piana di Lucca    | <input type="checkbox"/> Zona-distretto Versilia                  |
| <input type="checkbox"/> Zona-distretto Valle del Serchio | <input type="checkbox"/> Zona-distretto Elba                      |

☐ Zona-distretto Livornese

☐ Zona-distretto Bassa Val di Cecina-Val di Cornia

e, se effettivamente disposto/a, anche

2) nell'**elenco dei medici disponibili a coprire assenze improvvise** di medici di Assistenza primaria a rapporto orario già incaricati non coperte dallo scambio del turno per l'anno 2025 presso la seguente zona-distretto:

\_\_\_\_\_ (indicare una sola di quelle indicate al punto 1)

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 settore per l'anno 2025 alla posizione n. \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;

☐ di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

☐ di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Assistenza primaria a rapporto orario presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest dal \_\_\_\_\_ (postazione di \_\_\_\_\_);

☐ di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e di aver concluso il prescritto tirocinio in data \_\_\_\_\_;

☐ di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ 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):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ALLEGATO “A”

☐ 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 zone-distretto per le quali non abbia espresso la propria disponibilità;
- che la graduatoria annuale per il conferimento di incarichi temporanei di Assistenza primaria a rapporto orario nonché l'elenco dei medici disponibili a chiamate improvvise sono aggiornate periodicamente dall'Azienda Usl, secondo le modalità previste dal relativo avviso pubblico;
- che l'accettazione dell'eventuale incarico temporaneo implica incondizionatamente, per il periodo interessato, l'accettazione di turni di reperibilità;
- che in caso di rinuncia all'incarico dopo aver sottoscritto il relativo contratto, non potrà svolgere alcun altro incarico di Assistenza primaria a rapporto orario presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest nello stesso periodo;
- che in caso di mancata disponibilità a coprire assenze improvvise, ripetuta per più di due volte, verrà depennato dall'elenco dei medici disponibili a coprire assenze improvvise di medici già incaricati di cui al suddetto punto 2);
- di 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.

## POSTAZIONI TERRITORIALI DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE

### AMBITO TERRITORIALE DI MASSA E CARRARA

Zona-distretto Apuane: Massa-Montignoso, Carrara

Zona-distretto Lunigiana: Fosdinovo (\*), Aulla, Gragnola, Montedivalli, Zeri, Villafranca

(\*) La sede di Fosdinovo viene coperta attualmente dai medici della postazione di Carrara

### AMBITO TERRITORIALE DI LUCCA

Zona-distretto Piana di Lucca: Altopascio, Capannori, Lucca (Campo di Marte), Lucca (Ponte a Moriano)

Zona-distretto Valle del Serchio: Bagni di Lucca, Barga, Coreglia Antelminelli, Galliciano, Castelnuovo Garfagnana, Piazza al Serchio

### AMBITO TERRITORIALE DI PISA

Zona-distretto Pisana: Pisa, Marina di Pisa, Cascina-Lorenzana, Vecchiano, San Giuliano Terme

Zona-distretto Valdera-Alta Val di Cecina: Pontedera, Ponsacco-Lari, Bientina-S. Maria a Monte, La Rosa, Ponteginori-Saline di Volterra, Pomarance

### AMBITO TERRITORIALE DI LIVORNO

Zona-distretto Livornese: Livorno 1, Livorno 2, Livorno 3, Livorno 4, Collesalveti, Capraia Isola

Zona-distretto Bassa Val di Cecina-Val di Cornia: Piombino, Venturina, San Vincenzo, Monteverdi M.M., Donoratico, Rosignano, Cecina

Zona-distretto Elba: Marina di Campo, Rio Marina

### AMBITO TERRITORIALE DELLA VERSILIA

Zona-distretto Versilia: Torre del Lago, Viareggio, Massarosa, Camaiore (Capezzano Pianore), Pietrasanta, Seravezza (Querceta)