

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

OGGETTO: **MAP2024**

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA PER INCARICHI  
TEMPORANEI DI MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA PRESSO  
GLI ISTITUTI PENITENZIARI DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORD  
OVEST PER L'ANNO 2024**  
(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 annuale di disponibilità** per incarichi temporanei (provvisori, a tempo determinato e di sostituzione) di medico di Assistenza penitenziaria per l'anno 2024 presso (**barrare con una "x" la/e voce/i di interesse**):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Massa      | <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Volterra        |
| <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Pontremoli | <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Livorno-Gorgona |
| <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Lucca      | <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Porto Azzurro   |
| <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Pisa       |  |

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.