

ALLEGATO "A"

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.: **EST 2026**

DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI PROVVISORI E A TEMPO DETERMINATO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST PER L'ANNO 2026

(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 nella graduatoria aziendale annuale di disponibilità per incarichi provvisori e a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale per l'anno 2026.

Inoltre dichiara di essere interessato a svolgere la propria attività presso i seguenti ambiti (indicare con una "x" la/e voce/i di interesse):

- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 1 di Massa e Carrara
- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 2 di Lucca
- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 5 di Pisa
- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 6 di Livorno (esclusa Isola d'Elba)
- ☐ l'ambito territoriale dell' Isola d'Elba

☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 12 Viareggio

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 2026 alla posizione n. _____ con il punteggio di _____;
- di aver acquisito l'attestato DEU il _____ presso _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia _____ dal _____ con il numero _____
- di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il _____ presso _____;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito presso _____ il _____;
- di essere iscritto/a a corso di specializzazione in _____ dal _____ presso _____;
- di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____;
- di essere iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- 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 _____

indirizzo PEC _____

tel. _____ cell. _____

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

- che non sarà contattato/a per incarichi presso postazioni di emergenza sanitaria territoriale per i quali non abbia espresso la propria disponibilità ;
- che il termine di scadenza dell’avviso è tassativo e 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.