

## 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.: **MMG2025**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI PROVVISORI, A  
TEMPO DETERMINATO O L' AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA SUL TERRITORIO DELL'AZIENDA USL  
TOSCANA NORD OVEST 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 \_\_\_\_\_, 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 incarichi provvisori, a tempo determinato o l'affidamento di sostituzioni di assistenza primaria per l'anno 2025.

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 2025 (*pubblicata sul burt 45 parte III del 06/11/2024*) 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 \_\_\_\_\_ anno di corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ della regione Toscana \_\_\_\_\_

☐ di aver acquisito l'abilitazione 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 la graduatoria sarà pubblicata sul sito [www.uslnordovest.toscana.it](http://www.uslnordovest.toscana.it) unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;

## ALLEGATO “A”

- 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.