

ALLEGATO "A"

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Acquisizione risorse da
Convenzioni uniche nazionali
Via Cocchi 7/9 Pisa
pec direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

OGGETTO: TURI25 guardia turistica

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO ATTIVITA' STAGIONALE DI ASSISTENZA AI TURISTI – ESTATE 2025

Il sottoscritto Dr. _____ nato
a _____ il _____, codice fiscale
_____ cittadinanza _____
residente a _____ via
_____ n. _____ CAP _____, tel.
n. _____ cell. n. _____ e-mail _____
pec _____ codice regionale (eventuale)

CHIEDE

di poter svolgere l'attività di guardia turistica presso l'Azienda USL Toscana nord ovest presso le seguenti postazioni (***indicare con una "x" la/e postazione/i di interesse***), durante i periodi di attività stabiliti nel relativo avviso pubblico:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Partaccia (MS) | <input type="checkbox"/> Viareggio | <input type="checkbox"/> Forte dei Marmi |
| <input type="checkbox"/> Marina di Pisa | <input type="checkbox"/> Rosignano/Vada | |
| <input type="checkbox"/> Marina di Cecina | <input type="checkbox"/> Cecina (ospedale) | <input type="checkbox"/> Marina di Castagneto Carducci |
| <input type="checkbox"/> San Vincenzo | <input type="checkbox"/> Piombino (ospedale) | |
| <input type="checkbox"/> Elba-Portoferraio | | |
| <input type="checkbox"/> Elba versante occidentale (<i>Marciana Marina, Marina di Campo</i>) | | |
| <input type="checkbox"/> Elba versante orientale (<i>Capoliveri, Porto Azzurro, Cavo, Rio</i>) | | |

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

- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di _____ dal _____;
- di trovarsi in una delle seguenti condizioni (**barrare con una "x" il numero della posizione di interesse**):
 1. Medico convenzionato per l'Assistenza primaria a ciclo di scelta o a rapporto orario (*specificare incarico ed ambito territoriale di convenzionamento* _____, ed indicare numero di assistiti o numero ore settimanali d'incarico _____);
 2. Medico presente nella vigente graduatoria regionale di settore;
 3. Medico non presente nella graduatoria regionale ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale;
 4. Medico non presente nella graduatoria regionale e non iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione;
 5. Medico non presente nella graduatoria regionale e iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione.

Il sottoscritto dichiara di aver presentato domanda anche nelle Aziende sotto riportate:

- _____
- _____
- _____
- _____

e di prendere atto che nel medesimo periodo l'incarico può essere conferito per una sola Azienda tra quelle richieste.

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

e-mail _____ 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 arrivo è tassativo e farà fede la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC;

ALLEGATO “A”

- che non sarà contattato per incarichi presso postazioni per le quali non abbia espresso la propria disponibilità;
- quanto richiesto dall’attivazione del numero unico europeo 116117 per l’accesso alle cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari;
- che nello stesso periodo non sarà possibile svolgere attività di assistenza ai turisti presso più di un ambito territoriale dell’Azienda Usl Toscana nord ovest (Massa e Carrara, Lucca, Versilia, Pisa e Livorno) e presso altre Asl.

e 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/a ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.