

## 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](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

**OGGETTO: MMG INCARICO A TEMPO DETERMINATO MASSA-MONTIGNOSO**

### DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI ASSISTENZA PRIMARIA PER L'ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA

(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 nella graduatoria aziendale di disponibilità per l'incarico a tempo determinato di Assistenza primaria per lo svolgimento dell'attività a ciclo di scelta risultante dall'avviso pubblico del 9.02.2026 (prot. n. 39062) e relativo all'ambito territoriale di Massa-Montignoso.

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)

## ALLEGATO "A"

☐ di essere inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2026 alla posizione n. \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;

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

☐ di aver acquisito l'iscrizione all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

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

☐ 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 \_\_\_\_\_

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.