

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA
AZIENDALE ASL TOSCANA NORD OVEST PER IL
CONFERIMENTO DI INCARICHI DI MEDICINA
NECROSCOPICA .**

pec:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Raccomandata A/R

Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest

Via Cocchi,7/9

56124 PISA

Il Sottoscritto Dr.. _____ nato a _____

il _____, codice fiscale _____ residente nel Comune _____

Prov. _____ Indirizzo _____ n _____ cap. _____

Tel. _____ Cell _____ ASL _____

Ambito Territoriale/ Zona _____

e_mail _____ PEC _____.

presa visione del Bando emesso da codesta azienda

CHIEDE

Secondo quanto stabilito dal REGOLAMENTO ATTIVITÀ MEDICINA NECROSCOPICA AFFIDATA A MEDICI NON DIPENDENTI DELL'AZIENDA USL, approvato con Delibera Giunta Regionale Toscana n°631 del 23.06.2003 che richiama quanto stabilito nel REGOLAMENTO ATTIVITA' MEDICINA FISCALE AFFIDATA AI MEDICI NON DIPENDENTI DELL'AZIENDA U.S.L. approvato con Delibera Giunta Regionale Toscana n. 492 del 20.05.2002 di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di incarichi di medicina necroscopica **valida per l'anno 2026 e successivi.**

Barrare le caselle di opzione:

Per AREA Massa Carrara	Zona Apuane	☐
	Zona Lunigiana.	☐
Per AREA Viareggio	Zona Viareggio	☐
Per AREA Lucca	Zona Piana di Lucca	☐
	Zona Valle del Serchio	☐
Per AREA Pisa	Zona Pisana	☐
	Zona Val D'Era e Alta Val di Cecina	☐
Per AREA Livorno	Zona Livornese	☐
	Zona Valli Etrusche	☐
	Zona Elba	☐

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 ,le dichiarazioni mendaci la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia .

DICHIARA (ai sensi dell'art. 46 del D.L. 443/2000)

- di essere residente in _____ Prov. _____ Via _____ con decorrenza dal (GG/MM/AA) _____

Precedenti residenze:

comune _____ decorrenza _____

comune _____ decorrenza _____

comune _____ decorrenza _____

comune _____ decorrenza _____

comune _____ decorrenza _____

comune _____ decorrenza _____

- di avere conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ con votazione _____

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____

Precedenti iscrizioni

Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al _____

Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al _____

Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al _____

Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al _____

Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al _____

- di avere conseguito diploma di specializzazione nella branca di _____ con voto _____ altre specializzazioni:

branca di _____ con voto _____

branca di _____ con voto _____

branca di _____ con voto _____

branca di _____ con voto _____

Acclude alla presente:

☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/00 come da prospetto di seguito redatto.

☐ Curriculum Vitae

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dr. _____ ai sensi e
per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio per attività svolta come medico necroscopo:

dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____

Il sottoscritto **dichiara inoltre**, ai sensi dell'art. 47 del Dl. .vo 443/2000 ,che alla data odierna si
trova nella seguente posizione :

- essere / non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale , anche come incarico o supplente presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ indirizzo _____ Tipo
di rapporto _____ dal _____

- essere / non essere titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. 270/00 c/o Azienda U.S.L _____ comune /ambito territoriale _____
_____ massimale _____ n. scelte _____
e dichiara di non effettuare orario di ambulatorio nelle fasce orarie di reperibilità per cui si
rende disponibile e di seguito indicate :

- essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato ASL _____ ,
 branca _____ ore sett. /li _____
 branca _____ ore sett. /li _____
- essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni :
 Provincia _____, branca _____ dal _____
- di essere / non essere titolare d'incarico di Guardia Medica , nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale, a tempo indeterminato o a tempo determinato nella Regione Toscana o in altra Regione:
 REGIONE _____ A.S.L. _____ ore settimanali
- di essere titolare a tempo indeterminato/determinato del seguente incarico compatibile:

 c/o _____
- di non svolgere attività fiscale per conto dell'INPS
- di svolgere / non svolgere altra attività oltre quella indicata (indicare qualsiasi altra attività non specificata nei punti precedenti in caso negativo scrivere NESSUNA):

- di avere / non avere presentato domanda di inclusione nella graduatoria per attività fiscale/necroscopica presso le seguenti Aziende USL.:
 Azienda U.S.L. n. _____
 Azienda U.S.L. n. _____
 Azienda U.S.L. n. _____
 Azienda U.S.L. n. _____

Il sottoscritto accetta fin da ore le condizioni fissate dal REGOLAMENTO ATTIVITÀ MEDICINA NECROSCOPICA AFFIDATA A MEDICI NON DIPENDENTI DELL' AZIENDA U.S.L. (delibera G.R.T. n. 631 del 23.06.2003) ,

data _____

 (Firma)

Allegati : fotocopia documento di identità in corso di validità

INFORMAZIONI SULLA PRIVACY
ex art. 13 Regolamento Europeo Privacy n° 679 del 27 aprile 2016
(per estratto l'informazione "estesa" é presente sul sito internet dell'Ente)

Gentile Dott.re/Dott.ssa, il Direttore Generale dell'Azienda USL Nord Ovest La informa che:

- l'Azienda USL Toscana Nord Ovest, è il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali (indirizzo: Via Antonio Cocchi 7/9Pisa;telefono: 050 9541111; indirizzo di posta elettronica protocollo-pisa@uslnordovest.toscana.it Pec: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it
- l'Azienda ha nominato un Responsabile per la protezione dei Suoi dati personali (indirizzo di posta elettronica rpd@uslnordovest.toscana.it,telefono 0584 6059222).

Insieme al Titolare del trattamento, e nel rispetto del principio di accountability (rendere il conto e comprovare la propria azione a tutela della privacy), sono impegnati a garantire la protezione dei Suoi dati anche i Responsabili interni del trattamento,individuati nei Direttori delle strutture organizzative di ASL Toscana Nord Ovest.

Le persone che lavorano nelle strutture aziendali dirette dai Responsabili del trattamento e che trattano i Suoi dati personali sono autorizzati a farlo perché sono stati formalmente designati in quel ruolo dai rispettivi Direttori.

Il personale amministrativo potrà avere accesso solo ai dati personali minimamente ed indispensabilmente utili a svolgere la propria funzione.

I dati personali che La riguardano trattati da ASL Toscana Nord Ovest potranno essere sia "comuni"(come, ad esempio, il nome o l'indirizzo) sia"particolari"(come, ad esempio, quelli di salute) che, prima dell'introduzione del Regolamento Europeo sulla privacy, si definivano "sensibili". Il trattamento avverrà all'interno di idonee misure organizzative e tecniche di protezione incluse le misure di sicurezza previste dall'art. 32 del Regolamento Europeo Privacy, tra cui assume particolare rilievo la tecnica della pseudonimizzazione

FINALITA' DEL TRATTAMENTO

- I dati personali che La riguardano sono utilizzati solo per tutelare la Sua salute o quella della collettività, per le collegate attività amministrative e contabili, per le attività di studio e di ricerca, inclusa l'archiviazione nel pubblico interesse, per controllare e programmare il buon andamento dei servizi. La raccolta dei Suoi dati personali non sarà mai eccessiva rispetto alle finalità del trattamento, ma anzi rispettosa del principio di minimizzazione nei dati trattati.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

- Il trattamento dei dati di salute è consentito solo nello svolgimento di attività istituzionali dell'Ente e all'interno del "pubblico interesse" rappresentato dalla tutela della salute delle persone e dalle collegate attività amministrative. Inoltre occorre che siano individuate le "basi giuridiche", cioè i fondamenti di legittimità, su cui il trattamento si svolge, rinvenibili nelle norme comunitarie, nazionali

e regionali che regolano la materia della protezione dei dati personali ed il diritto alla salute.

COMUNICAZIONE DEI DATI

- La informiamo che, generalmente, la ASL non trasmette i Suoi dati al di fuori dell'Unione Europea, anche se non può escludersi che, in qualche caso, ciò possa avvenire. In quelle situazioni ci si accerterà che il paese di destinazione offra adeguate garanzie di protezione delle informazioni personali.

Nei limiti di quanto previsto dalle norme, dai contratti o da simili "atti giuridici", i Suoi dati potrebbero essere conosciuti da Ministeri, Regioni, Comuni, altre Aziende Sanitarie, forze di polizia, persone che abbiano fatto richiesta di accedervi e ne abbiano titolo, cioè sia loro consentito dalla legge (si veda elencazione più completa di questi destinatari nell'Informazione "estesa").

CONSERVAZIONE DEI DATI

- La documentazione sanitaria ed amministrativa è soggetta ad un tempo minimo di conservazione che è riportato nel Prontuario di scarto delle Aziende Sanitarie, e nelle norme di settore. Il rispetto dei termini di conservazione potrà garantirLe il diritto all'obbligo di cui all'art. 17 del Regolamento Europeo Privacy. Allo spirare di quei termini i dati verranno distrutti o cancellati in modo irreversibile.

DIRITTI SUI DATI

- Lei, riguardo ai Suoi dati, può esercitare i diritti previsti agli articoli da 15 a 22 del Regolamento Europeo, salvo restrizioni di legge (tra di essi si citano, indicativamente: l'accesso a documenti che li contengono, la rettifica, il trasferimento, la cancellazione e la limitazione ove consentito, la proposizione di un reclamo all'Autorità, la revoca del consenso al trattamento eventualmente prestata).

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRA GUELFÌ

DATA FIRMA: 12/03/2026 11:03:23

IMPRONTA: 65303965306332643835383234346661633937343831653862373566613534316333306666336239