

**1) DOMANDA L'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' PER LA COPERTURA DELLE ZONE
CON CARENZA ASSISTENZIALE PROLUNGATA DI CUI ALLA DELIBERA GRT N.
441/2024 - ANNO 2026**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

in qualità di medico di Assistenza primaria titolare convenzionato con la ASL Toscana nord
ovest iscritto nell'ambito di _____ dal

Ai fini dell'inserimento nella graduatoria dei medici disponibili alla copertura delle Zone con
Carenza Assistenziale Prolungata di cui alla delibera GRT n. 441 del 15/04/2024:

CHIEDE

Di partecipare all'assegnazione per la seguente carenza assistenziale prolungata anche con
parziale accettazione del numero dei giorni (in caso di più opzioni nel medesimo ambito,
indicarle secondo l'ordine di preferenza):

PREFERENZA	N. GG/SETT	AMBITI	DI CUI POSTI CON VINCOLO

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti dell'art.
13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con
l'ausilio di strumenti informatici, dalla Azienda USL Toscana nord ovest, titolare del
trattamento esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ Firma per esteso _____