

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: **MAP INCARICHI A T.D. VARI PENITENZIARI**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI A TEMPO
DETERMINATO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA PRESSO ISTITUTI
PENITENZIARI DI MASSA, DI LUCCA , DI VOLTERRA , PORTO
AZZURRO, LIVORNO, PISA**

(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 _____, 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 di disponibilità per l'incarichi a tempo determinato risultante dall'Avviso pubblico del 08/09/2026 relativo ai penitenziari di Massa, di Lucca , di Volterra, Porto Azzurro, Livorno , Pisa.

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'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- ☐ di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____ e **di aver concluso il prescritto tirocinio** in data _____;
- ☐ di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____ (specificare anche la Regione) _____ e di **non aver ancora concluso** il prescritto tirocinio;
- ☐ 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:

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;
- che l’accettazione dell’eventuale incarico implica incondizionatamente, per il periodo interessato, l’accettazione di turni di reperibilità (se attivata);
- 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.