ALLEGATO "A"

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Acquisizione risorse da
Convenzioni uniche nazionali
PEC direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

OGGETTO: **PLS INCARICO SOSTITUZIONE LUNIGIANA**

DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICO DI SOSTITUZIONE DI MEDICO PEDIATRA DI LIBERA 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/a nella graduatoria aziendale di disponibilità per gli incarichi di sostituzione risultante dall'Avviso pubblico del 2/11/2026 (prot. n. 337367) relativo all'ambito territoriale della **Lunigiana**.

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)

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

☐ di aver acquisito la specializzazione in pediatria il _____ con votazione _____;

☐ di essere iscritto/a al _____ anno (indicare 1° o 2° etc.) del 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:

- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito www.uslnordovest.toscana.it unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione**;**
- 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 ed errori imputabili ai servizi telematici;
- 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.*