

DOMANDA UNICA

per la formazione di una graduatoria per l'assegnazione delle postazioni di lavoro
di Emergenza Sanitaria Territoriale

ALL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
U.O.C. CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....,
nato/a a.....(Prov.....) il....., Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(Prov.....),
Via/Piazza.....n.....cap..... cell.
e-mail
pec

con la presente domanda dichiara di aver preso visione dell'avviso pubblicato per la formazione di una graduatoria per l'assegnazione delle postazioni di Emergenza Sanitaria Territoriale, delle modalità di partecipazione alla procedura indetta e dei criteri individuati per la loro formazione.

A tal fine:

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO/A NELLA GRADUATORIA PER LE SEGUENTI POSTAZIONI – ZONE DISTRETTO

(INDICARE ALL'INTERNO DELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA EX USL DI ASSUNZIONE UNA POSTAZIONE
TRA QUELLE ELENcate NELLA PAGINA ALLEGATA):

POSTAZIONE – ZONA DISTRETTO : _____

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, 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.445/200),

DICHIARA

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso la Università degli Studi di _____
- e di aver svolto attività convenzionata di medico di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'ACN per la medicina generale, presso le seguenti Asl nei periodi indicati:

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

*Indeterminato o determinato

Allega alla presente valido **documento di identità**.

Data _____

Firma per esteso _____

POSTAZIONI –ZONE DISTRETTO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE OGGETTO DI ASSEGNAZIONE

Polo Nord – Massa Carrara, Lucca e Versilia

AMBITO TERRITORIALE DI MASSA E CARRARA

Postazione Lunigiana

- Fivizzano
- Pontremoli
- Aulla

Postazione Apuane

- Fosdinovo
- Carrara
- Massa

AMBITO TERRITORIALE DI LUCCA

Postazione Valle del Serchio

- Piazza al Serchio
- Castelnuovo Garfagnana
- Barga
- Borgo a Mozzano

Postazione Piana di Lucca

- Lucca
- Turchetto

AMBITO TERRITORIALE DELLA VERSILIA

Postazione Versilia

- Viareggio
- Querceta
- Camaiore
- Centrale Operativa 118

Polo Sud – Pisa e Livorno

AMBITO TERRITORIALE DI PISA

Postazione Area Pisana

- Pisa 1: Misericordia Pisa, Pubblica assistenza Pisa
- Pisa 2: Cascina/Vicopisano

Postazione Valdera

- Pontedera
- Peccioli

Postazione Alta Val di Cecina

- Volterra
- Castelnuovo Val di Cecina

AMBITO TERRITORIALE LIVORNO

Postazione Livorno

- Pubblica Assistenza
- Misericordia
- Pubblica Assistenza Collesalveti(h12)
- Centrale Operativa 118
- Misericordia Antignano (h12)
- Misericordia Montenero (h12)

Postazione Valli Etrusche

- Pubblica Assistenza Rosignano
- Pubblica Assistenza Cecina
- Croce Rossa Venturina
- Misericordia/Pubblica Assistenza/Croce Rossa Piombino

Postazione Elba

- Misericordia/Croce Verde/Santissimo Sacramento Portoferraio