

ALLEGATO “A”

Bollo €16,00

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Convenzioni nazionali
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale
Via Cocchi 7/9
56121 OSPEDALETTO (PI)

RIF.: **MMG2020**

DOMANDA DI DISPONIBILITÀ PER INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE DI ASSISTENZA PRIMARIA SUL TERRITORIO DELL’AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST PER L’ANNO 2020 (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 annuale di disponibilità per incarichi provvisori e di sostituzione di assistenza primaria per l’anno 2020.

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 per l'anno 2020 alla posizione n. _____ con il punteggio di _____ ;
- di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il _____ presso _____ ;
- 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 _____ 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:

- 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, il timbro di protocollo in arrivo dell'Azienda, ovvero la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC; che l'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili al servizio postale;

ALLEGATO “A”

- 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.*