

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Convenzioni nazionali
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale
Via Don Minzoni 3
54033 CARRARA (MS)

TRAMITE PEC: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it.

RIF.: **USCA2020**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI
presso le Unità Speciali di Continuità assistenziale
per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19
(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 nella graduatoria aziendale di disponibilità per incarichi temporanei per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero nell'ambito delle seguenti Unità Speciali di Continuità assistenziale (**indicare con una "x" la/e voce/i di interesse**):

- | | |
|---|---|
| ☐ Unità Speciale di Aulla | ☐ Unità Speciale di Castelnuovo G. |
| ☐ Unità Speciale di Avenza | ☐ Unità Speciale di Querceta |
| ☐ Unità Speciale di Massa | ☐ Unità Speciale di Viareggio |
| ☐ Unità Speciale di Lucca-Campo di Marte | ☐ Unità Speciale di Capannori |
| ☐ Unità Speciale di Borgo a Mozzano | ☐ Unità Speciale di Altopascio |

ALLEGATO “B”

- | | |
|--|---|
| ☐ Unità Speciale di Pisa | ☐ Unità Speciale di Pomarance |
| ☐ Unità Speciale di Vecchiano | ☐ Unità Speciale di Livorno |
| ☐ Unità Speciale di Cascina | ☐ Unità Speciale di Cecina |
| ☐ Unità Speciale di Pontedera | ☐ Unità Speciale di Piombino |
| ☐ Unità Speciale di La Rosa | ☐ Unità Speciale di Rio Marina |

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 **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Assistenza primaria presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest dal _____ (ambito di _____);

☐ di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Continuità assistenziale presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest dal _____ (postazione di _____);

☐ di essere **medico supplente** di Continuità assistenziale presso l'Azienda Usl _____ dal _____ (postazione di _____);

☐ di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____;

☐ di **non** essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale;

☐ di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):

ALLEGATO “B”

☐ 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 _____

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.