

## **OGGETTO: ATD BASSA LUNIGIANA 2021**

Spett.le Azienda Usl Toscana nord ovest  
U.O. Convenzioni uniche nazionali  
di Assistenza primaria e continuità assistenziale  
Via Cocchi 7/9 Pisa  
pec [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

### **DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DISTRETTUALI E DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI PRESSO L'AMBITO TERRITORIALE DELLA AFT BASSA LUNIGIANA – ANNO 2021 (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 \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, domiciliato/a a  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, cell.  
\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,  
pec \_\_\_\_\_,

#### **comunica la propria disponibilità per per lo svolgimento di attività distrettuali e di medicina dei servizi territoriali presso l'ambito territoriale della AFT Bassa Lunigiana per l'anno 2021:**

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 titolare di incarico come medico di Assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina generale presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest (ambito di Massa e Carrara) con n° ..... di scelte in carico;

☐ di essere titolare di incarico come medico di Continuità assistenziale ai sensi del citato ACN presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest (ambito di Massa e Carrara), dal ..... con un impegno di n° ..... ore settimanali;

☐ di appartenere alla AFT Bassa Lunigiana;

☐ di avere in corso i seguenti altri rapporti di lavoro:

.....  
.....  
.....  
.....

☐ altro .....

Si **impegna** a comunicare per iscritto qualunque variazione successiva alla presente dichiarazione.

Data, li \_\_\_\_\_

Firma (\*) \_\_\_\_\_

(\*) **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. In mancanza non sarà presa in considerazione.