

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

DOMANDA DI DISPONIBILITÀ 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 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.