

OGGETTO: ATD APUANE 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 DISPONIBILITA' PER PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ
DISTRETTUALI E DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
PRESSO L'AMBITO TERRITORIALE DELLE AFT DI MARINA DI CARRARA
E DI CARRARA - 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 delle AFT di Marina di Carrara e di
Carrara 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 di Marina di Carrara;

☐ di appartenere alla AFT di Carrara;

☐ 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.