

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 DISPONIBILITÀ 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 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.