

A Azienda Usl Toscana Nordovest  
UOC Gestione Specialisti Ambulatoriali  
e Contratti Atipici  
Viale Alfieri, 36  
57124 Livorno

**Oggetto: dichiarazione di disponibilità al conferimento di turni vacanti di specialistica ambulatoriale.**

**CODICE TURNO**.....

**BRANCA:** ..... N. ore in pubblicazione: .....

**AMBITO ZONALE:**.....

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_,  
mail: \_\_\_\_\_ **PEC:** \_\_\_\_\_

### DICHIARA

la propria disponibilità a ricoprire il turno in  
oggetto: \_\_\_\_\_.

Dichiara inoltre di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con  
voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_;

di aver conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Albo/Ordine \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

Azienda Usl  
Toscana nord ovest  
*sede legale*  
via Cocchi, 7  
56121 - Pisa  
P.IVA:  
02198590503

Ambito Livorno:  
0586/223716  
Ambito Pisa:  
050/954295  
Ambito  
Lucca/Viareggio:  
0583/449884

Ai fini dell'individuazione delle priorità per l'attribuzione dei turni vacanti di cui all'A.C.N. /2015 dichiara inoltre di essere (barrare la casella che interessa):

medico specialista titolare d'incarico a tempo indeterminato dal.....al.....c/o.....n.

Ore .....

medico specialista titolare d'incarico a tempo determinato dal .....al.....c/o.....n.

Ore .....

medico specialista titolare d'incarico provvisorio dal.....al.....c/o.....n. Ore .....

dichiara inoltre il dettaglio degli incarichi (diversi dalla specialistica ambulatoriale) in atto presso altre

Aziende o Enti:

.....  
.....

Dichiara inoltre :

di essere iscritto nella graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno ....., ambito territoriale di.....;

di non essere iscritto nella graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno in corso;

di non essere titolare/incaricato di altro rapporto di lavoro a qualsiasi titolo con strutture pubbliche o private accreditate con il SSN/SSR;

di essere titolare/incaricato di altro rapporto di lavoro a qualsiasi titolo con le strutture pubbliche o private accreditate con il SSN/SSR di seguito elencate;

Azienda Usl  
Toscana nord ovest  
*sede legale*  
via Cocchi, 7  
56121 - Pisa  
P.IVA:  
02198590503

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali forniti nell'ambito del presente procedimento ai sensi della L. 675/96.

**Allega alla presente curriculum formativo e professionale datato e firmato, dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata ai sensi del DPR 445/2000 e documento di identità in corso di validità.**

Luogo, .....

Firma.....

Ambito Livorno:  
0586/223716  
Ambito Pisa:  
050/954295  
Ambito  
Lucca/Viareggio:  
0583/449884