

**Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Convenzioni nazionali  
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale**

RIF.: ACCORDOELBA

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER TURNI AGGIUNTIVI NELLE SEDI DELLA ZONA  
ELBANA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AZIENDA  
USL TOSCANA NORD OVEST- MAGGIO 2021 -DICEMBRE 2021**

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....,

nato/a a.....(Prov.....) il....., Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(Prov.....),

Via/Piazza.....n.....cap..... cell. ....

e-mail .....Pec .....,

in servizio attualmente presso la postazione di .....

dichiarando di aver preso visione dell'avviso di manifestazione di interesse relativa alla formazione di elenco medici convenzionati operanti nell'ambito del servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda USL Toscana nordovest disponibili alla copertura di turni aggiuntivi nelle sedi della zona dell'Elba, delle modalità di partecipazione alla procedura indetta e dei criteri individuati per la sua formazione,

***CHIEDE***

**di essere inserito/a nell'elenco medici disponibili alla copertura di turni aggiuntivi nelle sedi della zona dell'Elba.**

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, 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**

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_
- e di aver svolto attività convenzionata di medico di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'ACN per la medicina generale, presso l'Azienda USL Toscana nord ovest nei periodi indicati:

Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Allega alla presente valido **documento di identità**.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_