

RIF.: **TURNI AGGIUNTIvi ELBA**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER TURNI AGGIUNTIvi NELLE POSTAZIONI PET E PRONTO SOCCORSO DI PORTOFERRAIO DELL'ISOLA D'ELBA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST- GENNAIO 2022 -DICEMBRE 2022**

(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 postazioni PET e presso il Pronto Soccorso dell'isola d'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 per l'anno 2022.**

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.445/200),

**DICHIARA**

- di aver conseguito il diploma di laurea **in** **Azienda USL Toscana Nord Ovest 21 dicembre 2021**  
**Toscana e Chirurgia** **Prot: 20210737034/GEN/** **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.

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

Data \_\_\_\_\_

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