

# ALLEGATO “A”

Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Acquisizione risorse da  
Convenzioni uniche nazionali  
Via Cocchi 7/9 - PISA  
PEC [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

**OGGETTO: UCA AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**

## DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI di medico delle Unità di Continuità assistenziale (UCA) (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 (eventuale)  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, tel.  
\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, e-mail  
\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_,

### CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità **anno 2022** per incarichi temporanei di medico delle Unità di Continuità assistenziale presso le postazioni/strutture territoriali (presidi distrettuali, moduli di Cure intermedie, alberghi sanitari, residenze sanitarie assistite e similari al domicilio) presenti nelle seguenti Zone-distretto (**indicare con una "x" la/e zona/e di interesse**):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zona-distretto delle Apuane    | <input type="checkbox"/> Zona-distretto Pisana                    |
| <input type="checkbox"/> Zona-distretto della Lunigiana | <input type="checkbox"/> Zona-distr.to Valdera-Alta Val di Cecina |
| <input type="checkbox"/> Zona-distretto Piana di Lucca  | <input type="checkbox"/> Zona-distretto Versilia                  |

## ALLEGATO “A”

- Zona-distretto Valle del Serchio
- Zona-distretto Elba
- Zona-distretto Livornese
- Zona-distretto Bassa Val di Cecina-Val di Cornia

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 aver svolto l'attività di medico USCA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda Usl \_\_\_\_\_ per un totale di n° ore \_\_\_\_\_;
- di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Assistenza primaria a ciclo di scelta presso l'Azienda Usl \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (ambito di \_\_\_\_\_), con massimale di scelte pari a \_\_\_\_\_, avente attualmente in carico n° \_\_\_\_\_ assistiti;
- di essere **medico titolare di incarico temporaneo** di Assistenza primaria a ciclo di scelta iscritto al corso di formazione in medicina generale presso l'Azienda Usl \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (ambito di \_\_\_\_\_), con massimale di scelte pari a \_\_\_\_\_, avente attualmente in carico n° \_\_\_\_\_ assistiti;
- di essere inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2022 alla posizione n° \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

## ALLEGATO “A”

- di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Assistenza primaria a ciclo orario (ex Continuità assistenziale) presso l’Azienda Usl \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (postazione di \_\_\_\_\_);
  
  - di essere **medico ad incarico provvisorio** di Assistenza primaria a ciclo orario (ex Continuità assistenziale) ai sensi dell’art. 37, comma 1, dell’ACN 2022 presso l’Azienda Usl \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (postazione di \_\_\_\_\_) fino alla data di scadenza dell’avviso pubblico UCA;
  
  - di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e di aver concluso il prescritto tirocinio in data \_\_\_\_\_; ;
  
  - di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e di **non** aver ancora concluso il prescritto tirocinio;
  
  - di essere iscritto/a al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
  
  - di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
  - altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

## ALLEGATO “A”

---

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma leggibile (\*)

---

(\*) **ATTENZIONE:** *La domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato/a ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.*