

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Acquisizione risorse da
Convenzioni uniche nazionali
Via Cocchi 7/9 - PISA
PEC 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.