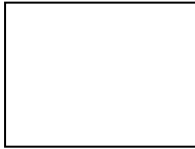


Bollo €16,00



Alla Azienda USL Toscana nord ovest
 UOC Convenzioni nazionali
 di Assistenza primaria e Continuità assistenziale
 Viale Alfieri 36
 57124 LIVORNO

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO ATTIVITA' STAGIONALE DI ASSISTENZA AI TURISTI – ESTATE 2018

Il sottoscritto Dr. _____ nato
 a _____ il _____, codice fiscale
 _____ cittadinanza _____
 residente a _____ via
 _____ n. _____ CAP _____, tel.
 n. _____ cell. n. _____ indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di poter svolgere l'attività di guardia turistica presso l'Azienda USL Toscana nord ovest presso le seguenti postazioni (***indicare con una "x" la/e postazione/i di interesse***), durante i periodi di attività stabiliti nel relativo avviso pubblico:

- Marina di Carrara Partaccia (MS) Marina di Massa
- Viareggio Forte dei Marmi
- Calambrone (PI) Cecina Mare Cecina presidio ospedaliero (*cod. bianchi*)
- Vada Rosignano Solvay Marina di Castagneto Carducci
- Marina di Bibbona San Vincenzo Portoferraio
- Elba versante occidentale (*Marciana Marina, Marina di Campo*)
- Elba versante orientale (*Capoliveri, Porto Azzurro, Cavo, Rio Marina*)

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

- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di _____ dal _____;
- di trovarsi in una delle seguenti condizioni (***indicare con una "x" la posizione di interesse***):

ALLEGATO "A"

1. Medico convenzionato per l'Assistenza primaria o Continuità assistenziale presso l'Azienda USL Toscana nord ovest (*specificare incarico ed ambito territoriale*
_____, *ed indicare numero di assistiti o numero ore d'incarico* _____);
 2. Medico presente nella vigente graduatoria regionale di settore;
 3. Medico non presente nella graduatoria regionale ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale;
 4. Medico non presente nella graduatoria regionale e non iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione;
 5. Medico non presente nella graduatoria regionale e iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione.
- di aver avuto nella Azienda Usi Toscana nord ovest o in altre Aziende Usi incarichi formali di Continuità assistenziale dal _____ al _____ (anno 2018).

Il sottoscritto dichiara di aver presentato domanda anche nelle Aziende sotto riportate:

- _____
- _____
- _____
- _____

e di prendere atto che l'incarico può essere conferito per una sola Azienda tra quelle richieste.

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

indirizzo posta elettronica _____
tel. _____ cell. _____

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito www.uslnordovest.toscana.it unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;
- che il termine di arrivo è tassativo e farà fede il timbro di protocollo in arrivo dell'Azienda, ovvero la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC;
- che non sarà contattato per incarichi presso postazioni per le quali non abbia espresso la propria disponibilità;
- che nello stesso periodo non sarà possibile svolgere attività di assistenza ai turisti presso più di un ambito territoriale delle ex Usi preesistenti, confluite ora nella Azienda Usi Toscana nord ovest,

e di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

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.