

DOMANDA UNICA DI MOBILITA' INTERNA

per la copertura delle postazioni di Emergenza Sanitaria Territoriale
eventualmente carenti nell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest - anno 2018
(riapertura termini)

ALL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
U.O.C. CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA'
ASSISTENZIALE - AMBITO TERRITORIALE DI

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

con la presente domanda dichiara di aver preso visione dell'avviso pubblicato per la riapertura dei termini,delle modalità di partecipazione alla procedura indetta e dei criteri individuati per la formazione della graduatoria.

All'uopo:

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO/A NELLA GRADUATORIA DI MOBILITA' PER LE SEGUENTI ZONE DISTRETTO:

(INDICARE COME SCELTA – CON RIFERIMENTO O AL POLO NORD O AL POLO SUD - UNA O PIU' ZONE
DISTRETTO ELENCAE NELLA PAGINA ALLEGATA (FINO AD UN MASSIMO DI N. 3):

1. _____

2. _____

3. _____

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 avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____presso l'Università degli Studi di_____;

- Di possedere l'attestato di formazione di medicina generale, conseguito in data_____, presso_____;

- Di aver svolto attività convenzionata come medico di Emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'ACN per la medicina generale, presso le seguenti Asl nei periodi indicati:

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

Asl di _____ dal _____ al _____ Tempo * _____

*specificare se a tempo Indeterminato o Determinato

Allega alla presente valido **documento di identità** in corso di validità

Data _____

Firma per esteso _____

ZONE DISTRETTO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

Polo Nord – Massa Carrara, Lucca e Versilia

AMBITO TERRITORIALE DI MASSA E CARRARA

Zona Distretto Lunigiana (n. 7 posti da ricoprire)
Zona Distretto Apuane (n. 2 posti da ricoprire)

AMBITO TERRITORIALE DI LUCCA

Zona Distretto Piana di Lucca (0 posti da ricoprire)
Zona Distretto Valle del Serchio (n. 3 posti da ricoprire)

AMBITO TERRITORIALE DELLA VERSILIA

Zona Distretto Versilia (n. 3 posti da ricoprire)

Polo Sud - Pisa, Livorno

AMBITO TERRITORIALE DI PISA

Zona Distretto Pisana (0 posti da ricoprire)
Zona Distretto ex Valdera (n. 1 posto da ricoprire)
Zona Distretto Alta Val di Cecina (0 posti da ricoprire)

AMBITO TERRITORIALE DI LIVORNO

Zona Distretto Livornese (n. 11 posti da ricoprire)
Zona Distretto ex Bassa Val di Cecina (n. 15 posti da ricoprire)
Zona Distretto ex Val di Cornia (n. 8 posti da ricoprire)
Zona Distretto Elbana (n. 9 posti da ricoprire)

RECAPITI TERRITORIALI DELL'U.O.C. CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Ambito territoriale di Massa e Carrara

Via Don Minzoni n. 3 – 54033 CARRARA (MS)

Tel. 0585-657584 Fax 0585-657534 mail vincenzo.martini@uslnordovest.toscana.it

Ambito territoriale di Lucca

Cittadella della Salute Campo di Marte (pal. O) – 55100 LUCCA

Tel. 0583-449887 Fax 0583-449885 mail lorenzo.federighi@uslnordovest.toscana.it

Ambito territoriale di Pisa

Via Fantozzi n. 14 – 56025 PONTEDERA (PI)

Tel.0587-273571 o 273652 Fax 0587-273653
mail barbara.martini@uslnordovest.toscana.it o raffaella.lupi@uslnordovest.toscana.it

Ambito territoriale di Livorno
Viale Alfieri, 36 – 57128 Livorno
Tel. 0586/223.734 Fax 0586-223.793 mail barbara.scaramelli@uslnordovest.toscana.it

Ambito territoriale della Versilia
Via Aurelia 335 – 55041 LIDO DI CAMAIORE (LU)
Tel. 0584-6059469 Fax 0584-6056916 mail valter.belli@uslnordovest.toscana.it

.....