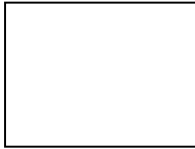


Bollo €16,00



Alla Azienda USL Toscana nord ovest
 UOC Convenzioni nazionali
 di Assistenza primaria e Continuità assistenziale
 Viale Alfieri 36
 57128 LIVORNO

RIF.: **EST2020 emergenza sanitaria territoriale**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI
 DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AZIENDA USL
 TOSCANA NORD OVEST PER L'ANNO 2020**
 (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
 _____,

CHIEDE

**di essere inserito/a nella graduatoria aziendale annuale di disponibilità per
 incarichi temporanei di Emergenza Sanitaria Territoriale per l'anno 2020
 presso (indicare con una "x" la/e voce/i di interesse):**

- l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 1 di Massa e Carrara
- l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 2 di Lucca
- l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 5 di Pisa
- l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 6 di Livorno(esclusa Isola d'Elba)
- l'ambito territoriale dell' Isola d'Elba
- l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 12 Viareggio

ALLEGATO "A"

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 essere inserito/a nella graduatoria regionale di settore per l'anno 2020 con il punteggio di _____;

di aver acquisito l'attestato DEU il _____ presso _____;

di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia _____ dal _____ con il numero _____

di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito presso _____ il _____;

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale o a corso di specializzazione in _____ dal _____ presso _____;

di avere in corso il seguente rapporto di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):

di essere titolare di borsa di studio in _____ dal _____ presso _____;

di essere assegnatario/a di Dottorato di ricerca retribuito ____ (sì/no) presso _____ dal _____;

di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, al fine del conferimento degli incarichi suddetti.

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

- Asl di _____ dal _____ al _____
- Asl di _____ dal _____ al _____
- Asl di _____ dal _____ al _____

ALLEGATO “A”

- Asl di _____ dal _____ al _____
- Asl di _____ dal _____ al _____
- Asl di _____ dal _____ al _____
- Asl di _____ dal _____ al _____
- Asl di _____ dal _____ al _____

altro _____.

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 ambiti/istituti per i quali non abbia espresso la propria disponibilità;
- che la graduatoria annuale per il conferimento di incarichi temporanei di Emergenza Sanitaria Territoriale è aggiornata periodicamente dall’Azienda Usl, secondo le modalità previste dal relativo avviso pubblico;
- 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 ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.