

ALLEGATO "A"

pec All'Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Acquisizione risorse
da Convenzioni uniche nazionali
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

OGGETTO: **GRADUATORIA RUAP 2027**

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA PER INCARICHI A
TEMPO DETERMINATO/SOSTITUZIONE NEL RUOLO UNICO DI
ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO L'AZIENDA USL TOSCANA NORD
OVEST PER L'ANNO 2027**
(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)
_____, cittadinanza _____,
residente a _____ via/piazza
_____ n. _____ C.A.P. _____,
domiciliato/a a _____ via/piazza
_____ n. _____ C.A.P. _____, cell.
_____, e-mail _____,
pec _____,

CHIEDE

☐ di essere inserito/a oppure ☐ di aggiornare la propria posizione

nella **graduatoria aziendale annuale di disponibilità** per incarichi a tempo determinato e di sostituzione nel Ruolo unico di Assistenza primaria per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e/o attività oraria per l'anno 2027.

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 2027 alla posizione n. _____ con il punteggio di _____;

☐ di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il _____ presso _____;

☐ di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso la Regione _____;

☐ 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:

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

- che il termine di scadenza dell'avviso è tassativo e che farà fede, per le domande, la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC; che l'Azienda non risponde di eventuali errori e/o ritardi imputabili ai servizi telematici;
- che la graduatoria annuale per il conferimento di incarichi a tempo determinato/sostituzione nel Ruolo unico di Assistenza primaria è aggiornata periodicamente dall'Azienda Usl, secondo le modalità previste dal relativo avviso pubblico;
- che gli incarichi per lo svolgimento dell'attività oraria saranno assegnati tramite bandi specifici successivi;
- di 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.