

Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Convenzioni nazionali  
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale  
Via Don Minzoni 3  
54033 CARRARA (MS)

TRAMITE PEC: [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it).

RIF.: **USCA2020**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI  
presso le Unità Speciali di Continuità assistenziale  
per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19  
(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 per incarichi temporanei per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero nell'ambito delle seguenti Unità Speciali di Continuità assistenziale (**indicare con una "x" la/e voce/i di interesse**):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Aulla                | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Castelnuovo G. |
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Avenza               | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Querceta       |
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Massa                | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Viareggio      |
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Lucca-Campo di Marte | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Capannori      |
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Borgo a Mozzano      | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Altopascio     |

## ALLEGATO "B"

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Pisa      | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Pomarance  |
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Vecchiano | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Livorno    |
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Cascina   | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Cecina     |
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Pontedera | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di Piombino   |
| <input type="checkbox"/> Unità Speciale di La Rosa   | <input type="checkbox"/> Unità Speciale di 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

*(barrare e compilare la/e voce/i che interessano)*

di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Assistenza primaria presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest dal \_\_\_\_\_ (ambito di \_\_\_\_\_);

di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Continuità assistenziale presso l'Azienda Usl Toscana nord ovest dal \_\_\_\_\_ (postazione di \_\_\_\_\_);

di essere **medico supplente** di Continuità assistenziale presso l'Azienda Usl \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (postazione di \_\_\_\_\_);

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

di **non** essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale;

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ALLEGATO “B”

---

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. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

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.