

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Convenzioni nazionali
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale
Via Cocchi 7/9 Pisa

TRAMITE PEC: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it.

RIF.: **USCA2021**

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI
presso le Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA)
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 Unità Speciali di Continuità assistenziale presenti nelle seguenti Zone-distretto (***indicare con una "x" la/e zona/e di interesse***):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apuane | <input type="checkbox"/> Pisana |
| <input type="checkbox"/> Lunigiana | <input type="checkbox"/> Alta Val di Cecina-Valdera |
| <input type="checkbox"/> Piana di Lucca | <input type="checkbox"/> Livornese |
| <input type="checkbox"/> Valle del Serchio | <input type="checkbox"/> Bassa Val di Cecina-Val di Cornia |
| <input type="checkbox"/> Versilia | <input type="checkbox"/> Elba |

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 **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):

altro _____.

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

ALLEGATO "A"

indirizzo posta elettronica _____

tel. _____ cell. _____ pec _____

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.