

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA, A CICLO DI SCELTA E/O AD ATTIVITA' ORARIA, E DI ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST – ANNO 2026

Il/La sottoscritto/a _____

Nat__ a _____ (____) il ____/____/____

In possesso della cittadinanza _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__ Sesso ☐ M ☐ F

Codice Regionale (1) |__|__|__|__|__|__|

Residente nel Comune di _____ (____)

Via/Piazza _____ N° _____

Domiciliat__ nel Comune di (da compilare se diverso dalla residenza) _____

Via/piazza _____ N° _____

Cellulare (obbligatorio) _____ Altro (facoltativo) _____

Indirizzo mail ordinaria (obbligatorio) _____

Indirizzo PEC (obbligatorio) _____

(richiedibile anche all'OMCeO d'iscrizione).

laureat__ in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di _____

in data ____/____/____ con voto _____

Iscritt__ all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici di _____ dal

____/____/____ con il n. _____

CHIEDE L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER L'ANNO 2026 PER:

SETTORE	AREA PROVINCIALE	AREA PROVINCIALE	AREA PROVINCIALE
ASSISTENZA PRIMARIA, A CICLO DI SCELTA E/O AD ATTIVITA' ORARIA	AREZZO	GROSSETO	SIENA
ASSISTENZA PENITENZIARIA	AREZZO	GROSSETO	SIENA

L'Area provinciale è puramente indicativa

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art.76 del D.P.R.445/2000,

DICHIARA

- Di essere/non essere (*) inserito nella graduatoria **REGIONALE della Regione Toscana** valida per il 2026 in posizione numero _____
- Di aver/non aver (*) conseguito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale rilasciato dalla Regione _____ in data ____/____/____

- Di aver/non aver (*) concluso il Corso di Formazione in Medicina Generale, organizzato dalla Regione _____ in data ____/____/____ ma di non avere ancora effettuato la valutazione finale per motivi di organizzazione del corso
- Di essere/non essere (*) iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale, organizzato dalla Regione _____ dal ____/____/____
- Di essere/non essere (*) iscritto al corso di Specializzazione _____ presso l'Università di _____ dal ____/____/____
- Di essere/non essere (*) in possesso della patente di guida automezzo, categoria ____ in corso di validità: patente N. _____ rilasciata il ____/____/____
- Di avere/non avere (*) in corso di svolgimento incarichi a qualsiasi titolo presso Aziende Sanitarie o strutture convenzionate con il S.S.N. *(in caso positivo indicare tipo di incarico, la durata e l'Azienda o struttura convenzionata presso cui l'incarico viene svolto):* a. _____

(*) cancellare quanto non pertinente e scrivere in maniera leggibile

Il sottoscritto dichiara inoltre di prendere atto che ogni comunicazione relativa alla graduatoria per il conferimento degli incarichi provvisori/a tempo determinato/sostituzioni del ruolo Unico di Assistenza Primaria e/o di Assistenza negli Istituti penitenziari, verrà fatta pervenire esclusivamente all'indirizzo Email indicato a pag. 1 della presente domanda.

(L'aspirante ha l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo PEC all'Azienda USL Toscana Sud Est, la quale non assume responsabilità alcuna nel caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato. L'Azienda USL Toscana sudest inoltre non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito Email/PEC oppure da tardiva o mancata comunicazione del cambiamento dell'indirizzo Email/PEC indicato in domanda, né per eventuali disguidi comunque imputabili a fatti di terzi o a casi fortuiti di forza maggiore).

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Azienda USL Toscana centro, titolare del trattamento esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Dichiara inoltre di essere consapevole - dando il proprio consenso - che la Graduatoria nominativa di cui alla presente domanda, nonché l'elenco degli esclusi, verranno pubblicati sul sito web aziendale.

Al fine di rendere valida ogni dichiarazione resa sopra, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, il sottoscritto allega alla presente domanda:

- Fotocopia di un valido documento di identità
- Modulo F23 relativo al pagamento dell'imposta di bollo per € 16.00

Si ricorda che la documentazione trasmessa dovrà essere allegata in un unico file in formato PDF.

Data _____ Firma per esteso _____

*Codice Regionale (se non si è in possesso al momento dell'iscrizione in graduatoria non è elemento di esclusione; è obbligatorio per l'attività di medico convenzionato - nel frattempo richiederlo on line al seguente indirizzo web: <https://www.uslsudest.toscana.it/servizi-on-line>).