

ALLEGATO "A"

Alla Azienda USL Toscana Sud Est
U.O.C.Gestione Giuridica Personale Dipendente e
Convenzioni Uniche Nazionali
Via Curtatone, 54 - AREZZO
PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

OGGETTO: UCA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI TEMPORANEI
di medico delle Unità di Continuità assistenziale (UCA)
(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/aa
_____, 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 **anno 2022** per incarichi temporanei di medico delle Unità di Continuità assistenziale presso le postazioni/strutture territoriali (presidi distrettuali, moduli di Cure intermedie, alberghi sanitari, residenze sanitarie assistite e similari al domicilio) presenti nelle seguenti Zone distretto (*indicare con una "x" la/e zona/e di interesse*):

- Zona-distretto Aretina
- Zona-distretto Casentino
- Zona-distretto Val di Chiana Aretina
- Zona-distretto Valdarno
- Zona-distretto Valtiberina
- Zona-distretto Amiata Val d'Oricia e Valdichiana Senese
- Zona-distretto Alta Val d'Elsa
- Zona-distretto Senese
- Zona-distretto Colline dell'Albegna
- Zona-distretto Amiata Grossetana -Colline Metallifere - Grossetana

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole dell'irresponsabilità 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 aver svolto l'attività di medico USCA dal _____ al _____ presso l'Azienda Usl _____ per un totale di n° ore _____;

di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Assistenza primaria a ciclo di scelta presso l'Azienda Usl _____ dal _____ (ambito di _____), con massimale di scelte pari a _____, avente attualmente in carico n° _____ assistiti;

di essere **medico titolare di incarico temporaneo** di Assistenza primaria a ciclo di scelta **iscritto al corso di formazione in medicina generale** presso l'Azienda Usl _____ dal _____ (ambito di _____), con massimale di scelte pari a _____, avente attualmente in carico n° _____ assistiti;

di essere inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2022 alla posizione n° _____ con il punteggio di _____;

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

di essere **medico titolare di incarico a tempo indeterminato** di Assistenza primaria a ciclo orario (ex Continuità assistenziale) presso l'Azienda Usl _____ dal _____ (postazione di _____);

di essere **medico ad incarico provvisorio** di Assistenza primaria a ciclo orario (ex Continuità assistenziale) ai sensi dell'art. 37, comma 1, dell'ACN 2022 presso l'Azienda Usl _____ dal _____ (postazione di _____) fino alla data di scadenza dell'avviso pubblico UCA;

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____ e di aver concluso il prescritto tirocinio in data _____;

di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal _____ presso _____ e di **non** aver ancora concluso il prescritto tirocinio;

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 _____

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/a ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.