

**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](mailto: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.