

Alla Azienda USL Toscana nord ovest
UOC Acquisizione Risorse da
Convenzioni Uniche Nazionali
Via Cocchi 7/9 - Ospedaletto Pisa

PEC direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

RIF.: **PLS2024**

DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE DI PEDIATRIA
SUL TERRITORIO DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST PER L'ANNO 2024
(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 _____, specializzato in _____ il _____; 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/a nella graduatoria aziendale annuale di disponibilità per incarichi provvisori e di sostituzione di medicina pediatrica per l'anno 2024.

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 inserito/a nella graduatoria regionale per l'anno 2023 (*pubblicata sul burt 46 del 15/11/2023*) alla posizione n. _____ con il punteggio di _____;

di aver acquisito la specializzazione in pediatria il _____ con votazione _____;

di essere iscritto al _____ anno del corso di specializzazione in _____ dal _____ (gg.mm.aa) _____ presso _____;

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

di essere titolare di borsa di studio in _____ dal _____ presso _____;

di essere assegnatario/a di Dottorato di ricerca retribuito ____ (sì/no) presso _____ dal _____;

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 _____

(L'aspirante ha l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo PEC all'Azienda USL Toscana Nord Ovest, la quale non assume responsabilità alcuna nel caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato. L'Azienda USL Toscana Nord Ovest 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).

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito www.uslnordovest.toscana.it unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;
- che il termine di scadenza dell'avviso è tassativo e che farà fede, per le domande, la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC; che l'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili ai servizi telematici;
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

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.

Luogo e data

Firma leggibile
