Azienda USL Toscana centro

All'Azienda USL Toscana centro

Bollo di legge
€ 16
(ISTRUZIONI
BOLLO VIRTUALE)

Staff Direzione Amministrativa
SOC Organizzazione Medicina
a ciclo di fiducia
codiceprovvisorio.convenzionati@uslcentro.toscana.it

Oggetto: richiesta codice regionale provvisorio medici e professionisti sostituti di cui agli AA.CC.NN. 15/01/2026, 05/02/2026 e 18/03/2026

Il/La sottoscritt* Dr./Dr.ssa _____

nat* a _____ (___) il ____/____/_____

Cod. Fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente(*) a _____ (_____)

Via _____ n. _____

Domiciliato(*) a _____ (___) Via _____
(**solo se diverso dalla residenza**)

Cellulare _____

mail ordinaria _____

CHIEDE

- **che gli venga assegnato il Codice Regionale Provvisorio ai fini dell'effettuazione delle sostituzioni ai medici e ai professionisti convenzionati ai sensi degli AA.CC.NN. 15/01/2026, 05/02/2026 e 18/03/2026.**

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi (articolo 76 del DPR 445/2000), nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni (articolo 75 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essersi laureato in _____ in data ___/___/_____ presso l'Università degli Studi di _____
  e conseguito l'abilitazione in data ___/___/_____;
- di essere attualmente iscritto all'Albo professionale _____
  presso l'Ordine provinciale/regionale(**) di _____ a decorrere dal ___/___/_____ con n. _____;
- di avere conseguito la specializzazione in _____
  presso l'Università di _____ in data ___/___/_____;
- di essere/non essere(**) attualmente soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine _____ in data ___/___/_____ di seguito indicato: _____;

- di non avere richiesto ed ottenuto in passato altro codice provvisorio da parte di altre Aziende UUSSLL della Regione Toscana;

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda USL Toscana Centro ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate nonché a rimuovere eventuali cause di incompatibilità in caso d'assegnazione dell'incarico di cui alla presente domanda.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs.196/2003, che i dati personali raccolti con la presente domanda saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- Il sottoscritto allega alla presente richiesta bollo di legge, dichiarando di aver assolto al pagamento dello stesso con modalità virtuale
- Il sottoscritto appone alla presente richiesta bollo di legge, dichiarando di non aver assolto al pagamento dello stesso con modalità virtuale, ma presentando la domanda in modalità cartacea

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA COPIA FOTOSTATICA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO VALIDO ALLA SUA IDENTIFICAZIONE, secondo quanto previsto dall'art. 38 del DPR 445/2000.

Data _____

In fede

_____

(*) N.B: condizione indispensabile per il rilascio del Codice Provvisorio è che il medico sia residente in uno dei comuni rientranti nell'ambito territoriale dell'Azienda USL Toscana centro (tutti i comuni delle Province di Firenze, Pistoia e Prato, nonché i Comuni di Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val d'Arno, San Miniato e Santa Corce sull'Arno, in Provincia di Pisa). In deroga a detta residenza, il Codice Provvisorio può essere rilasciato ai medici con residenza al di fuori della Regione Toscana, domiciliati in uno dei comuni di cui sopra

Staff Direzione Amministrativa

SOC Organizzazione Medicina
a ciclo di fiducia

E.mail :

codiceprovvisorio.convenzionati@uslcentro.toscana.it

(**) Cancellare quanto di non interesse