

All'Azienda USL Toscana Centro
SOC Organizzazione medicina a ciclo di fiducia
PEC: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

OGGETTO: **ATTIVITA' GUARDIA MEDICA PEDIATRICA**

DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER ATTIVITA' DI GUARDIA MEDICA PEDIATRICA

(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 _____, 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 di disponibilità per l'eventuale attribuzione di turni di guardia medica pediatrica sul territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro.

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 pediatra convenzionato a tempo indeterminato nell'ambito territoriale di.....con numero di scelte pari a.....
- ☐ di essere pediatra con incarico provvisorio nell'ambito territoriale di con numero di scelte pari a

- ☐ di essere pediatra inserito nella graduatoria Aziendale
- ☐ di essere pediatra in quiescenza
- ☐ di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ in data _____ presso l'Università degli studi di _____ con voto _____
- ☐ di essere iscritto alla scuola di specializzazione in pediatria presso l'Università degli studi di _____ all' annualità _____

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inviata ai seguenti contatti:

indirizzo posta elettronica _____ tel. _____
cell. _____ pec _____

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

- che la graduatoria in oggetto riguarda la disponibilità a svolgere turni di guardia medica pediatrica sul territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro che potranno essere attivati in base alla programmazione della rete pediatrica territoriale, nel qual caso seguiranno specifiche consultazioni rivolte ai medici presenti nella graduatoria stessa;
- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito www.uslcentro.toscana.it unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

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.