

☐ DISPONIBILITA' COPERTURA ASSENZE IMPROVVISE (REPERIBILITA') PRESSO LE CASE CIRCONDARIALI DELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del DPR. N. 445/2000,

D I C H I A R A

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

- Di essere nato a _____ (____) il ____/____/_____
- Di essere in possesso della cittadinanza _____
- Di essere residente nel Comune di _____ (____)
Via/Piazza _____ N° _____
- Di avere conseguito la laurea in _____
Presso l'Università degli Studi di _____
in data ____/____/_____ con il voto di _____;
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
dal ____/____/_____ con numero: _____
- Di essere/non essere (*) **inserito nella Graduatoria della Regione Toscana per la Assistenza Primaria a rapporto orario (ex Continuità Assistenziale) valida per l'anno 2023**, in posizione numero: _____
- Di essere/non essere in **possesso del Diploma di Formazione in Medicina Generale**, conseguito presso la Università degli Studi di _____ in data ____/____/_____
- Di avere/non avere **concluso il Corso di Formazione in Medicina Generale**, presso la Università degli Studi di _____ ma di non avere ancora effettuato la valutazione finale per motivi di organizzazione del corso
- Di essere/non essere (*) **iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale**, presso l'Università degli studi di _____ dal ____/____/_____
- Di essere/non essere (*) **iscritto alla Scuola di Specializzazione**: in _____
presso l'Università degli Studi di _____ dal ____/____/_____
- Di essere/non essere (*) **titolare di Borsa di Studio**
- Di essere/non essere (*) **assegnatario di Dottorato di Ricerca** retribuito/non retribuito (*)

- Di essere/non essere (*) in **possesso della patente di guida** automezzo, categoria _____ in corso di validità: patente N. _____ rilasciata da/il _____

(*) cancellare quanto non pertinente

- Di avere/non avere (*) **in corso di svolgimento incarichi a qualsiasi titolo presso Aziende Sanitarie o strutture convenzionate con il S.S.N.** (in caso positivo indicare tipo di incarico, la durata e l'Azienda o struttura convenzionata presso cui l'incarico viene svolto):
-

- Di avere/non avere svolto nell'anno in corso o in quelli precedenti attività di **Medicina Penitenziaria:**

Dal _____ al _____ per un totale di n. ore _____ presso la Casa Circondariale di _____

Dal _____ al _____ per un totale di n. ore _____ presso la Casa Circondariale di _____

Dal _____ al _____ per un totale di n. ore _____ presso la Casa Circondariale di _____

(*) cancellare quanto non pertinente

Il sottoscritto dichiara inoltre di prendere atto che ogni comunicazione relativa alle selezioni per il conferimento degli incarichi provvisori/sostituzioni/reperibilità di Continuità Assistenziale o comunque di proprio interesse, verrà fatta pervenire esclusivamente all'indirizzo Email indicato a pag. 1 della presente domanda.

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

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Azienda USL Toscana centro, titolare del trattamento esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Dichiara inoltre di essere consapevole - dando il proprio consenso - che la Graduatoria nominativa di cui alla presente domanda, nonché l'elenco degli esclusi, verranno pubblicati sul sito web aziendale.

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

Data _____

Firma per esteso _____