

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Sesso ☐M ☐F

Codice Regionale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Domiciliato nel Comune di **(da compilare se diverso dalla residenza)**

Via/piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Recapiti

Cellulare (obbligatorio) \_\_\_\_\_ Altro (facoltativo) \_\_\_\_\_

Indirizzo mail ordinaria (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Indirizzo mail aziendale (ZIMBRA) \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC\* \_\_\_\_\_  
(\*richiedibile anche all'OMCeO d'iscrizione)

## CHIEDE

DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI CONVENZIONALI A TEMPO DETERMINATO PER ATTIVITA' A RAPPORTO ORARIO, NEI PUNTI DI INTERVENTO RAPIDO (P.I.R.), SUL TERRITORIO AFFERENTE AD UNO - O PIU' - DEI SEGUENTI PIR:

### PIR A)

- Empoli - CdC Sovigliana – AFT 1 Empoli, AFT 2 Limite-Montelupo-Vinci
- Pistoia - CdC Il Ceppo - AFT 34 Pistoia1 intramuraria, AFT 35 Pistoia2 extraurbana
- Firenze – CdC Le Piagge - AFT 12 Novoli-Piagge, AFT 22 Campi Bisenzio
- Prato – CdC Prato Est – AFT 38 Prato B, AFT 42 Prato A2

### PIR B)

- Figline Valdarno (trasformazione del progetto CMA)

### PIR H)

- Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio - di Torregalli

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,

## DICHIARA

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 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 (\*) medico **titolare di incarico a Tempo Indeterminato di Assistenza Primaria a Rapporto Orario**, con decorrenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Azienda USL Toscana Centro, nella postazione di \_\_\_\_\_;
- Di essere/non essere (\*) medico **titolare di incarico a Tempo Indeterminato di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta** presso l'Azienda USL Toscana Centro dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ambito di \_\_\_\_\_), avente attualmente in carico n° \_\_\_\_\_ assistiti;
- Di essere/non essere (\*) medico incaricato a **Tempo Determinato**, con contratto di sostituzione alla data di scadenza del presente avviso, **nell'Assistenza Primaria a Rapporto Orario**, per un totale di mesi **svolti** (escluso i periodi incaricati come medico reperibile) nell'anno 2024 di n° \_\_\_\_\_ presso l'Azienda USL Toscana Centro, nella postazione di \_\_\_\_\_;
- Di essere/non essere (\*) medico incaricato a **Tempo Determinato**, reperibile, alla data di scadenza del presente avviso, **nell'Assistenza Primaria a Rapporto Orario**, per un totale di mesi **svolti con contratto di sostituzione** (escluso i periodi incaricati come medico reperibile) nell'anno 2024 di n° \_\_\_\_\_ presso l'Azienda USL Toscana Centro;
- Di essere/non essere (\*) inserito nella **Graduatoria della Regione Toscana di Assistenza Primaria a rapporto orario** valida per l'anno 2024, in posizione numero: \_\_\_\_\_;
- Di essere/non essere in **possesso del Diploma di Formazione in Medicina Generale**, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Di avere/non avere **concluso il Corso di Formazione in Medicina Generale**, conseguito presso \_\_\_\_\_ 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**, conseguito presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Di essere/non essere (\*) **iscritto** alla **Scuola di Specializzazione** in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- 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):
- 

**(\*) 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**

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_