

Bollo di legge  
€ 16  
(ISTRUZIONI  
BOLLO VIRTUALE)

## All'Azienda USL Toscana centro

### Dipartimento Risorse Umane SOC MMG E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

[codiceprovvisorio.convenzionati@uslcentro.toscana.it](mailto:codiceprovvisorio.convenzionati@uslcentro.toscana.it)



Oggetto: richiesta codice regionale provvisorio medici e professionisti sostituti di cui agli A.CC.NN. 23/03/2005 e s.m.i., 15/12/2005 e s.m.i. e 31/03/2020.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Cod. Fisc. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente(\*) a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

Domiciliato(\*) a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
(se diverso dalla residenza)

Cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

### 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. 23/03/2005 e s.m.i., 15/12/2005 e s.m.i. e 31/03/2020.

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 UUSLL 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 appone/non appone<sup>(\*\*)</sup> alla presente richiesta bollo di legge, ovvero dichiara di avere/non avere<sup>(\*\*)</sup> assolto al pagamento del bollo con modalità virtuale, allegando 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**

Dipartimento Risorse Umane

SOC MMG e Continuità Assistenziale

E.mail :

codiceprovvisorio.convenzionati  
@uslcentro.toscana.it

**(\*\*)** Cancellare quanto di non interesse

Azienda USL Toscana centro

