

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO NELL'ATTIVITA' STAGIONALE DI ASSISTENZA AI TURISTI – VALIDA PER L'ANNO 2024

All'Azienda Usl Toscana Centro

SOC MMG e Continuità Assistenziale
continuitaassistenziale@uslcentro.toscana.it

| | | | |
|---------------------|-----------------|------------------|----------|
| Il/La sottoscritt_ | | | |
| Dott. _____ | nat_a _____ | | il _____ |
| Residente in _____ | (cap _____) | Via/Piazza _____ | |
| Recapito | | | |
| Comunicazioni _____ | (cap _____) | Via/Piazza _____ | |
| Tel _____ | Cellulare _____ | e-mail _____ | |

A tale scopo, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000,

CHIEDE

di poter svolgere l'attività di cui all'oggetto presso: (*SCEGLIERE LA POSTAZIONE ED IL MESE CHE INTERESSA*):

- **Postazione Saltino Vallombrosa:** per il mese di Luglio per il mese di Agosto
- **Postazione Bivigliano:** per il mese di Luglio per il mese di Agosto
- **Postazioni Tavarnelle V.P-Greve in Chianti**
Impruneta-San Casciano V.P.- Barberino V.E.: per il mese di Luglio per il mese di Agosto
- **Abetone-Cutigliano e Frazione Maresca:** per il mese di Luglio per il mese di Agosto
- **Postazione Montepiano** : per il mese di Luglio per il mese di Agosto

Ai sensi dell'art. 46 del medesimo DPR 445/2000 dichiara che i dati dichiarati rispondono a verità

1. Di essere residente nel Comune di _____
2. Di essersi laureat_ il _____ con voto di laurea _____
3. Di essere iscritt_ all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____

4. Di trovarsi in una delle seguenti condizioni di priorità (*SCEGLIERE LA VOCE CHE INTERESSA*):

- Essere titolare di rapporto convenzionale presso Azienda UsI Toscana Centro dal _____ ambito _____
- Essere titolare di rapporto convenzionale presso Azienda _____ dal _____ ambito _____
- Essere inserito nella vigente graduatoria della Regione Toscana per la Medicina Generale
- Non essere inserito nella vigente graduatoria della Regione Toscana per la Medicina Generale, ma di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente con priorità per i medici residenti sul territorio della Azienda USL Toscana Centro.
- Non essere inserito nella vigente graduatoria della Regione Toscana per la Medicina Generale, ma di aver terminato il corso di formazione specifica in medicina generale con priorità per i medici residenti sul territorio della Azienda USL Toscana Centro.
- Non essere inserito nella vigente graduatoria della Regione Toscana per la Medicina Generale, ma di essere iscritta/o il corso di formazione specifica in medicina generale con priorità per i medici residenti sul territorio della Azienda USL Toscana Centro.
- Non essere inserito nella vigente graduatoria della Regione Toscana per la Medicina Generale, non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente, non aver terminato il corso di formazione specifica in medicina generale e non essere iscritta/o il corso di formazione specifica in medicina generale con priorità per i medici residenti sul territorio della Azienda USL Toscana Centro.
- Non essere inserito nella vigente graduatoria della Regione Toscana per la Medicina Generale ed essere iscritto a corsi di specializzazione con priorità per i medici residenti sul territorio della Azienda USL Toscana Centro.

5. Di avere / non avere i seguenti rapporti convenzionali:

- a) essere titolare con incarico a tempo indeterminato nell'attività di Assistenza Primaria a rapporto orario presso la postazione di _____ dal _____
- b) essere titolare come medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta c/o l'Azienda USL _____ Ambito _____ con n. _____ pazienti alla data del _____
- c) essere titolare come medico Pediatra di libera scelta c/o l'Azienda USL _____ Ambito _____ con n. _____ pazienti alla data del _____
- d) avere un rapporto a tempo determinato con l'Azienda USL _____ nell'attività _____ per n. _____ ore settimanali

6. Di prendere atto che:

- gli incarichi per l'attività in questione sono conferibili solamente ai candidati che non abbiano alcun rapporto di lavoro dipendente;
- l'incarico può essere conferito per una sola delle Aziende sanitarie che hanno attivato il servizio, pertanto decade il medico che abbia accettato l'incarico presso altra Azienda. Saranno allo scopo attivati i controlli previsti dal T.U. 445/2000.

7. Di avere presentato domanda allo stesso titolo per i mesi di Luglio/Agosto 2024 alle Aziende Sanitarie di:

8. Di avere / non avere già svolto incarichi di Assistenza Primaria a rapporto orario nell'anno in corso:

Dal _____ al _____ per un totale di n. ore _____ presso l'Azienda _____
Dal _____ al _____ per un totale di n. ore _____ presso l'Azienda _____
Dal _____ al _____ per un totale di n. ore _____ presso l'Azienda _____

9. Di essere/non essere(*) titolare di Borsa di Studio

10. Di essere/non essere(*) assegnatario di Dottorato di Ricerca retribuito/non retribuito(*)

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

12. 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): _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di prendere atto che ogni comunicazione relativa alle selezioni per il conferimento degli incarichi di Assistenza Turistica o di qualsiasi natura 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 forza maggiore).

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (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 la fotocopia di un valido documento d'identità** (scannerizzare detto documento allegandolo alla mail).

Data _____

Firma del Dichiarante

Allegati: 1) Fotocopia documento in corso di validità

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679) le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite