

- 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 incaricato a **Tempo Determinato nell'Assistenza Primaria a Rapporto Orario** presso la **Centrale NEA 116117** sul territorio della Regione Toscana, con decorrenza dal ____/____/_____ al ____/____/_____, per un totale di mesi svolti di n° _____
- Di essere/non essere (*) medico **titolare di incarico a Tempo Indeterminato di Assistenza Primaria a Rapporto Orario**, con decorrenza dal ____/____/_____ presso l'Azienda USL _____;
- 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 _____;
- Di essere/non essere (*) medico **titolare di incarico a Tempo Indeterminato di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta** presso l'Azienda USL _____ dal ____/____/_____ (ambito di _____), avente attualmente in carico n° _____ assistiti;
- Di essere/non essere (*) medico incaricato a **Tempo Determinato**, alla data di scadenza del presente avviso, **nell'Assistenza Primaria a Rapporto Orario**, con contratto di reperibilità, 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 _____;
- Di essere/non essere (*) inserito nella **Graduatoria della Regione Toscana di Assistenza Primaria** valida per l'anno 2025, 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**
- **Modulo F23 relativo al pagamento dell'imposta di bollo per € 16.00**

Data _____

Firma per esteso _____