

## ALLEGATO "A"

All'Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Acquisizione risorse  
da Convenzioni uniche nazionali  
Via Cocchi 7/9 - Pisa  
pec [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

OGGETTO: **MAP2023**

### DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA PER INCARICHI TEMPORANEI DI MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST PER L'ANNO 2023

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, laureato/a in Medicina e  
Chirurgia il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_, abilitato/a in  
data \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine dei Medici di  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, cod. regionale (eventuale)  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, tel.  
\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, e-mail  
\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_,

#### CHIEDE

di essere inserito nella **graduatoria aziendale annuale di disponibilità** per incarichi temporanei (provvisori, a tempo determinato e di sostituzione) di medico di Assistenza penitenziaria per l'anno 2023 presso (**barrare con una "x" la/e voce/i di interesse**):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Massa      | <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Volterra      |
| <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Pontremoli | <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Livorno       |
| <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Lucca      | <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Gorgona       |
| <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Pisa       | <input type="checkbox"/> Istituto penitenziario di Porto Azzurro |

## ALLEGATO "A"

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 ),

### DICHIARA

*(barrare e compilare la/e voce/i che interessano)*

- di essere inserito/a nella graduatoria regionale di Medicina generale per l'anno 2023 alla posizione n. \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essersi iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- di essere iscritto/a al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- di essere titolare di borsa di studio in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere assegnatario/a di Dottorato di ricerca retribuito \_\_\_\_ (sì/no) presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- altro \_\_\_\_\_.

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

\_\_\_\_\_

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che il termine di scadenza dell'avviso è tassativo e che farà fede, per le domande, la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC; che l'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili ai servizi telematici;

## ALLEGATO “A”

- che non sarà contattato/a per incarichi presso gli istituti per i quali non abbia espresso la propria disponibilità;
- che l'accettazione dell'eventuale incarico temporaneo implica incondizionatamente, per il periodo interessato, l'accettazione di turni di reperibilità;
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

Luogo e data

---

Firma leggibile (\*)

---

(\*) **ATTENZIONE:** La domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.