

Alla Azienda USL Toscana sud est  
UOC Convenzioni Uniche  
Sede Operativa Grosseto  
Via Cimabue, 109  
58100 Grosseto

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PER IL SERVIZIO STAGIONALE DI  
ASSISTENZA AI TURISTI - ESTATE 2023**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ laureato/a in Medicina il \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_  
abilitazione in data \_\_\_\_\_ iscrizione Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_  
Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
domiciliato/a in \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Cod. ENPAM \_\_\_\_\_ Cod.Reg. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'inserimento nell'apposita Graduatoria Aziendale al fine di poter svolgere l'attività di Assistenza ai Turisti presso l'Azienda USL Toscana Sud Est ambito provinciale di Grosseto impegnandosi a comunicare per iscritto qualunque variazione successiva alla presente dichiarazione riguardante la residenza, domicilio e recapiti telefonici e di posta.

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<sup>1</sup>**

di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

1 Medico convenzionato nel ruolo unico di assistenza primaria:

a prestazione oraria  a ciclo di scelta

presso l'Azienda USL \_\_\_\_\_

numero di assistiti (ciclo di scelta) \_\_\_\_\_

numero ore d'incarico (prestazione oraria) \_\_\_\_\_

2 Medico presente nella vigente graduatoria regionale;

3 Medico non presente nella graduatoria regionale ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale;

4 Medico non presente nella graduatoria regionale e non iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione;

5 Medico non presente nella graduatoria regionale e iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione;

<sup>1</sup> barrare con una X le singole caselle di interesse

di aver presentato domanda anche nelle Aziende sotto riportate:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

di prendere atto che l'incarico può essere conferito per una sola Azienda tra quelle richieste;

di essere consapevole e di accettare espressamente che il termine di invio della presente domanda è tassativo e farà fede il timbro di protocollo in arrivo dell'Azienda, ovvero la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma\*)

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati sensibili:

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

(\*) ATTENZIONE: Ai sensi del D.P.R. 445/2000, la sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.