

imposta di bollo pari a euro 16,00, assolta in modo virtuale giusta autorizzazione dell'Ufficio Territoriale di Firenze 1 prot. 104296 del 04/12/2015

RICHIESTA CODICE REGIONALE PROVVISORIO PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI SOSTITUZIONE

Alla Azienda USL TOSCANA
CENTRO
S.C. Gestione Operativa del
Personale Dipendente e Convenzionato
Villa Fabbri - Via di S. Salvi,12
50135 - Firenze -

Azienda USL Toscana centro



Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....

Il.....residente a

Vian°..... Tel.....

Domiciliato a Vian°.....

Tel Codice Fiscale

al fine di poter effettuare sostituzioni di medicina generale o pediatrica

CHIEDE

che gli/le venga attribuito il codice regionale provvisorio

A tal fine dichiara ai sensi dell'art.2 della Legge 15/68 e successive modificazioni ed integrazioni (dichiarazione sostitutiva di certificazioni) :

a) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia in data.....
con voto presso l' Università di

b) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale
sessione..... con voto

c) di aver conseguito la specializzazione in pediatria in data.....
con voto presso l'Università di

d) di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi della
provincia di al n°.....dal.....

e) di non aver procedimenti disciplinari in corso né sono stati adottati a mio carico
provvedimenti disciplinari;

f) di essere /non essere iscritto/a al Corso di formazione in Medicina Generale di cui al
decreto legislativo n. 256/91 o al corso di
specializzazione.....

Dipartimento Risorse Umane –
Area personale convenzionato –
Ambito territoriale di Firenze
Via di San Salvi, 12
Villa Fabbri
FIRENZE
e-mail:
gestpersonale.conv@asf.toscana.it



g) di avere/non avere attualmente diritto ad uno o più trattamenti di adeguamento al costo della vita in dipendenza di rapporto/di lavoro o di titolarità di pensione (indicare il datore di lavoro e/o l'Ente che corrisponde la pensione.....).

h) di non aver richiesto ed ottenuto in passato altro codice provvisorio da parte di altre ASL nella Regione Toscana.

Il/la sottoscritto/a e' a conoscenza di essere tenuto/a a comunicare a codesto ufficio ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la presente domanda.

Dichiara di accettare, senza alcuna riserva, le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina normativa e trattamento economico dei medici di medicina generale/pediatria, della quale e' ad integrale conoscenza.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, dichiara formalmente sotto la propria responsabilità che quanto e' riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

Data.....
(firma per esteso)

(Spazio riservato all'Ufficio)

Documento.....

Rilasciato dail.....

N°Scadenza il

firma del funzionario ASL.....

Dipartimento Risorse Umane –
Area personale convenzionato –
Ambito territoriale di Firenze
Via di San Salvi, 12
Villa Fabbri
FIRENZE
e-mail:
gestpersonale.conv@asf.toscana.it



ISTRUZIONI PER L'ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO.

E' possibile assolvere alla imposta di bollo con due modalità di pagamento:

1) **consegna manuale della domanda**, con la marca da bollo da 16 euro, all'Ufficio in Via di San Salvi, 12 presso Villa Fabbri – II° piano.

2) **versamento in conto corrente bancario**

- Intestatario conto: Azienda U.S.L. Toscana Centro
- Iban: IT10P0616002832100000046040
- Causale versamento da indicare obbligatoriamente: COD. REG. PROV. - BOLLO VIRT. - Cognome e Nome del Medico versante

Con questa seconda modalità, il medico invia il presente modulo tramite mail, compilato in ogni sua parte ed allega la ricevuta del versamento per l'imposta di bollo da 16 euro..

L'ufficio invia tramite lo stesso mezzo il codice regionale provvisorio

Dipartimento Risorse Umane –
Area personale convenzionato –
Ambito territoriale di Firenze
Via di San Salvi, 12
Villa Fabbri
FIRENZE
e-mail:
gestpersonale.conv@asf.toscana.it