

Bollo di legge
16 EUR

All'Azienda USL Toscana centro
Dipartimento Risorse Umane
Area Personale Convenzionato

Azienda USL Toscana centro

Oggetto: richiesta codice regionale provvisorio medici e professionisti sostituti di cui agli AA.CC.NN. 23/03/2005 e sm.i., 15/12/2005 e smi., 17/12/2015.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

nato/a _____ il ___/___/_____

Cod. Fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__, residente

a _____ Via _____

Num.Cell. _____ Email _____

PEC _____



CHIEDE

- che gli venga assegnato il Codice Regionale Provvisorio ai fini dell'effettuazione delle sostituzioni ai medici e ai professionisti convenzionati ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali 23/03/2005 e s.m.i., 15/12/2005 e s.m.i. e 17/12/2016

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi (articolo 76 del DPR 445/2000), nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni (articolo 75 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essersi laureato in _____ in data ___/___/_____ presso l'Università degli Studi di _____ e abilitazione del _____;

- di essere attualmente iscritto all'Albo professionale _____ presso l'Ordine provinciale/regionale(*) di _____ a decorrere dal ___/___/_____ con n. _____;

- di essere/non essere(*) attualmente soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato in data ___/___/_____ dall'Ordine _____ di seguito indicato: _____;

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda USL Toscana centro ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate nonché a rimuovere eventuali cause di incompatibilità in caso d'assegnazione dell'incarico di cui alla presente domanda.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs.196/2003, che i dati personali raccolti con la presente domanda saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dipartimento Risorse Umane
Area Personale Convenzionato
Via dei Cappuccini, 79
50053 - Empoli (FI)
Email: area.personaleconvenzionato
@uslcentro.toscana.it

Il sottoscritto appone/non appone(*) alla presente richiesta bollo di legge, ovvero dichiara di avere/non avere(*) assolto al pagamento del bollo con modalità virtuale, allegando copia fotostatica non autenticata di un documento valido alla sua identificazione, secondo quanto previsto dall'art. 38 del DPR 445/2000.

Data _____

In fede

Azienda USL Toscana centro



Dipartimento Risorse Umane
Area Personale Convenzionato
Via dei Cappuccini, 79
50053 - Empoli (FI)
Email: area.personaleconvenzionato@uslcentro.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. PROVV. - 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

