

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 e Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di  
Medicina Generale del 21 giugno 2018

**Dichiarazione di accettazione di incarico di  
Emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato**

Spett.le

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
tel/cell \_\_\_\_\_, indirizzo di PEC \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di accettare l'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato, di cui all'avviso  
pubblicato dalla Regione Liguria nel BURL n. 44, parte II del 30/10/2019, ai sensi dell'art. 92  
dell'ACN MMG 21/06/2018**

Allega alla presente:

dichiarazione informativa Allegato L.

**Prende atto** che ogni comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa da  
Codesto Ente all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup>

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in  
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.