

MODULO DA INVIARE PER PEC

da parte dei medici che hanno presentato domanda ai sensi delle lettere a), b), c) e d) dell'avviso
(inderogabilmente entro le ore 14:00 di mercoledì 5 agosto 2026)

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 15 gennaio 2026

Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria

INVIO PEC

Spett.le
ATS Liguria - Area Sociosanitaria Locale 1
S.C. Formazione e Organizzazione del Personale
Dipendente e Convenzionato
Pec: protocollo@pec.atsliguria.it

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 _____
_____, indirizzo e-mail _____

comunica di essere oggettivamente impossibilitato/a sia a presentarsi sia a partecipare in modalità telematica alla riunione di **giovedì 6 agosto 2026 – alle ore 10:00** – relativa alle **procedure di assegnazione** degli incarichi vacanti di medico del **ruolo unico di assistenza primaria**, di cui all'avviso pubblicato nel BURL n. 22, parte II, del 3 giugno 2026 e sul sito della Regione Liguria e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 21, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 15 gennaio 2026,

DICHIARA

- **la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli incarichi vacanti indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della ☐ lettera a) - ☐ lettera b) - ☐ lettera c) ☐ lettera d) dell'avviso:

Ordine di priorità accettazione incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria (in caso di partecipazione all'assegnazione di incarichi relativi ad una sola Area Sociosanitaria Locale, indicare gli stessi in ordine di priorità, riportando i relativi numeri dei codici identificativi. In caso di partecipazione all'assegnazione di incarichi relativi a più Aree Sociosanitarie Locali, indicare in ordine di priorità le Aree e per ciascuna i relativi incarichi vacanti per i quali concorre, riportando i relativi numeri dei codici identificativi)										
ordine priorità aree	ATS Liguria	Codici identificativi incarichi vacanti								
1 [^]	Area Sociosanitaria Locale _____	1° n.	2° n.	3° n.	4° n.	5° n.	6° n.	7° n.	8° n.	9° n.
		10° n.	11° n.	12° n.	13° n.	14° n.	15° n.	16° n.	17° n.	18° n.
		19° n.	20° n.	21° n.	22° n.	23° n.	24° n.	25° n.	26° n.	27° n.
		28° n.	29° n.	30° n.	31° n.	32° n.	33° n.	34° n.	35° n.	36° n.
		37° n.	38° n.	39° n.						

2[^]	Area Sociosanitaria Locale _____	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°	
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
3[^]	Area Sociosanitaria Locale _____	28°	29°	30°	31°	32°	33°	34°	35°	36°	
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		37°	38°	39°							
		n.	n.	n.							
4[^]	Area Sociosanitaria Locale _____	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°	
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
5[^]	Area Sociosanitaria Locale _____	28°	29°	30°	31°	32°	33°	34°	35°	36°	
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		37°	38°	39°							
		n.	n.	n.							

– **di aver preso visione** di quanto riportato nella convocazione e di essere a conoscenza che:

- gli/le sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli sopra indicati;
- la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l’assegnazione del primo incarico disponibile secondo l’ordine riportato nella domanda di partecipazione;
- non verranno presi in considerazione eventuali incarichi indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

Prende atto che ogni successiva comunicazione in merito verrà trasmessa a cura dell'Area Sociosanitaria Locale 1 di ATS Liguria all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Allega alla presente:

1. Allegato L "Dichiarazione informativa";
2. ☐ Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

Data _____ firma per esteso _____ ⁽¹⁾

- (1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.