

MODULO DA INVIARE PER PEC
da parte dei medici che hanno presentato domanda ai sensi delle lettere e) e f) 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
Medici di cui all'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019 e
medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del Decreto Legge n. 35/2019, convertito con la Legge n. 60/2019
che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Liguria

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico temporaneo 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 14:00** – 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 temporaneo 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 e) - D.L. 135/2018 (*Decreto Semplificazioni*) - ☐ lettera f) - D.L. 35/2019 (*Decreto Calabria*) dell'avviso:

Ordine di priorità accettazione incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria <i>(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)</i>										
ordine priorità aree	ATS Liguria	Codici identificativi incarichi vacanti								
1 ^	Area Sociosanitaria Locale _____	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
		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.
		19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		28°	29°	30°	31°	32°	33°	34°	35°	36°
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		37°	38°	39°						
		n.	n.	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 _____	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.
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 _____	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.

– 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, nel rispetto della propria posizione in graduatoria;
- 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 vacanti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

Attesta, altresì, che alla data di cui alla presente dichiarazione:

1. **frequenta** ☐ il terzo anno / ☐ il secondo anno / ☐ il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 20___/20___ presso la Regione Liguria;

oppure:

2. ☐ **è in possesso** del diploma di formazione specifica in medicina generale, conseguito presso la Regione Liguria in data _____, e si impegna, pertanto, a produrre la relativa autocertificazione al Direttore Generale di ATS Liguria, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 33 dell'ACN MMG.

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.