

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di  
Pediatria di libera scelta  
anno 2023**

INVIO PEC

Spett.le/Spett.li Aziende:

ASL \_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ 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 presentarsi/partecipare in modalità telematica alla riunione di **martedì 20 giugno 2023 - alle ore 10:00** - relativa alla **procedura di assegnazione** degli ambiti territoriali carenti di **Pediatria di libera scelta** di cui all'avviso pubblicato nel BURL n. 13, parte II, del 29 marzo 2023 e sul sito della Regione Liguria e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 15, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di libera scelta del 28 aprile 2022,

**DICHIARA**

**la propria disponibilità all'accettazione di incarico di pediatria di libera scelta a tempo indeterminato, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli ambiti carenti indicati nella/e domanda/e di partecipazione, presentata/e a Codesta/e Azienda/e, ai sensi della  lettera a) -  lettera b) -  lettera c) -  lettera d) dell'avviso:

| <b><u>riportare in ordine di priorità l'Azienda e le relative zone carenti per le quali ha presentato domanda di partecipazione ai fini dell'assegnazione</u></b> |                             |                       |
|---|-----------------------------|-----------------------|
| ASL   | Ambito / Distretto – Comune | Codice identificativo |
|   | 1°                          |                       |
|   | 2°                          |                       |
|   | 3°                          |                       |
|   | 4°                          |                       |

|  |      |  |
|--|------|--|
|  | .... |  |
|  | .... |  |
|  | .... |  |
|  | .... |  |
|  | .... |  |
|  | .... |  |

**Dichiara**, inoltre, di essere consapevole che:

- gli/le sarà attribuito la prima zona carente disponibile tra quelli sopra indicate;
- la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l'assegnazione della prima zona disponibile secondo l'ordine riportato nella/e domanda/e di partecipazione nel rispetto della posizione nella graduatoria/e aziendale/i;
- non verranno prese in considerazione eventuali zone carenti indicate nella presente dichiarazione non menzionate nella/e domanda/e di partecipazione.

**Prende atto** che ogni comunicazione in merito all'assegnazione dell'incarico verrà trasmessa a cura della ASL competente all'indirizzo di PEC sopra indicato.

**Allega** alla presente:

1. dichiarazione informativa Allegato I;
2. fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

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.