**Da riportare nel testo della e-mail di accettazione da parte dei medici collegati in vdc**

e-mail: [cun.personale@asl2.liguria.it](mailto:cun.personale@asl2.liguria.it);

[guardiamedica@asl4.liguria.it](mailto:guardiamedica@asl4.liguria.it);

[segreteria.ospedale-territorio@asl5.liguria.it](mailto:segreteria.ospedale-territorio@asl5.liguria.it)

**Dichiarazione di accettazione di**

**incarico di emergenza sanitaria territoriale**

# 

# Spett.le

Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di accettare l’incarico:**

**a tempo indeterminato ai sensi ACN MMG 28/04/2022**

per trasferimento per graduatoria in possesso del titolo di formazione

**temporaneo ai sensi ACN MMG 28/04/2022,**

(frequentante il corso formazione specifica in medicina generale),

ai sensi del Decreto Semplificazioni Decreto Calabria

**a tempo indeterminato ai sensi dell’art. 1, commi 272 e 273, della legge 30/12/2021, n. 234**

**Allega** alla presente:

1. Allegato L “Dichiarazione informativa”;
2. fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

**Prende atto** che ogni comunicazione relativa al conferimento del suddetto incarico verrà trasmessa a cura della Azienda di interesse.

firmato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_