

MODULO DA INVIARE PER PEC

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 28 aprile 2022

Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di libera scelta anno 2024

INVIO PEC

Spett.le/Spett.li Aziende:

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 **mercoledì 12 giugno 2024 - 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 27 marzo 2024 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 a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, 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:

<i>riportare in ordine di priorità l'Azienda e i relativi ambiti territoriali carenti per le quali ha presentato domanda di partecipazione ai fini dell'assegnazione</i>		
Azienda	Ambito / Distretto – Comune	Codice identificativo
ASL ____	1°	
ASL ____	2°	
ASL ____	3°	
ASL ____	4°	
ASL ____	5°	

ASL ____	6°	
	
	
	
	
	
	
	
	
	

- **di aver preso visione** di quanto riportato nella convocazione e di essere a conoscenza che:
- gli/le sarà attribuito l’incarico relativo al primo ambito territoriale carente disponibile tra quelli sopra indicati;
 - la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l’assegnazione dell’incarico relativo al primo ambito territoriale disponibile secondo l’ordine riportato nella/e domanda/e di partecipazione nel rispetto della posizione nella graduatoria/e aziendale/i;
 - non verranno presi in considerazione eventuali ambiti territoriali carenti indicati nella presente dichiarazione non menzionati 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. Allegato I “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 dichiarazione 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.