**Per i pediatri che partecipano alle procedure di assegnazione collegati alla vdc e accettano l’incarico**

**Da riportare nel testo della e-mail da inviare alla ASL che conferisce l’incarico**

(indirizzi e-mail: ASL 2: cun.personale@asl2.liguria.it ASL 3: convenzionati@asl3.liguria.it

ASL 4: medicina.base@asl4.liguria.it ASL 5 segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it)

**Dichiarazione di accettazione a tempo indeterminato di incarico di**

**Pediatria di libera scelta**

#  Spett.le

 ASL \_\_

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 di PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA a tempo indeterminato per il seguente ambito territoriale, ai sensi dell’art. 32, comma 14 dell’ACN PLS 28/04/2022**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Azienda | Codice identificativo | Ambito / Distretto - Comune | Modalità di partecipazione\* |
| ASL \_\_ |  |  |  |

*\*lettere a), b), c) o d) dell’avviso*

**SI IMPEGNA**

ai sensi dell’art. 32, comma 17 dell’ACN PLS 28/04/2022:

* a rilasciare all’Azienda, entro 7 giorni dalla presente accettazione, dichiarazione sostitutiva di atto notorio. mediante utilizzo dell’Allegato I, attestante la propria posizione giuridica;
* a rimuovere, all’atto dell’assegnazione dell’incarico da parte dell’Azienda, eventuali situazioni di incompatibilità di cui all’art. 20 del citato ACN PLS in modo tale che le stesse cessino prima del conferimento dell’incarico stesso da parte dell’Azienda.

**Prende atto** che ogni comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa a cura della ASL all’indirizzo di PEC sopra indicato.

**Alleg**a alla presente: fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firmato

 Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_