

## 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 ai sensi dell'art. 32, comma 12, ACN PLS 28/04/2022**

Spett.le/Spett.li Azienda/e:

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 30 luglio 2024 - alle ore 10:00** - relativa alla **procedura di assegnazione** degli ambiti territoriali carenti di **Pediatria di libera scelta** di cui all'avviso pubblicato sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 18 giugno 2024 e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 12, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di libera scelta del 28/04/2022,

#### 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 territoriali carenti indicati nella/e domanda/e di partecipazione, presentata/e a Codesta/e Azienda/e, ai sensi della  lettera a) -  lettera b) dell'avviso:

<b><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></b>		
Azienda	Ambito / Distretto – Comune	Codice identificativo
ASL ____	1°	
ASL ____	2°	
ASL ____	3°	
ASL ____	4°	
ASL ____	5°	

- **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 \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup>

(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.