**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**

(ASL 3: convenzionati@asl3.liguria.it; ASL 5 segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it)

**Dichiarazione di 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

 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 per il seguente ambito territoriale, ai sensi dell’art. 32, comma 12 dell’ACN PLS 28/04/2022**:

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

*\*lettere a) o b) 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.

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

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

 Firmato

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