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

Indirizzi e-mail: ASL 4 guardiamedica@asl4.liguria.it; ASL 5 segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it;

S. Martino IRCCS monica.delucchi@hsanmartino.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 04/04/2024**

 per trasferimento per graduatoria in possesso del titolo di formazione – lettera c)

 in possesso del titolo di formazione – lettera d)

[ ]  **temporaneo ai sensi ACN MMG 04/04/2024**,

 (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.

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

 Firmato

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