

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
ASL 5 Sistema Sanitario Regione Liguria
PEC: protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it

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 **lunedì 30 dicembre 2024 - alle ore 14:00** - 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 29 novembre 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**, l'ambito territoriale carente indicato nella domanda di partecipazione, presentata a Codesta Azienda, ai sensi della lettera a) - lettera b) dell'avviso:

Azienda	Comune	Codice identificativo
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 domanda di partecipazione nel rispetto della posizione nella graduatoria aziendale;
 - 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.