

**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 5 che conferisce l'incarico**  
(indirizzo e-mail ASL 5 [segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it](mailto:segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it))

**Dichiarazione di accettazione di incarico a tempo indeterminato di  
Pediatria di libera scelta – anno 2025**

Spett.le  
ASL 5 Sistema Sanitario Regione Liguria

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 13 dell'ACN PLS 25/07/2024:**

Azienda	Codice identificativo	Distretto - Comune	Modalità di partecipazione*
ASL 5			

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

**Allega** alla presente:

1. Allegato I "Dichiarazione informativa";
2. Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

**Prende atto** che ogni comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa a cura della ASL 5 all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Data \_\_\_\_\_

Firmato

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