

MODULO DA INVIARE PER PEC

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 25 luglio 2024

Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di libera scelta anno 2025

INVIO PEC

Spett.le
ASL5 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 recarsi in presenza/partecipare in modalità telematica alla riunione di **giovedì 5 giugno 2025 - alle ore 10:00** - relativa alle **procedure di assegnazione** degli ambiti territoriali carenti di **Pediatria di libera scelta** di cui all'avviso pubblicato nel BURL n. 13, parte II, del 26 marzo 2025 e sul sito della Regione Liguria e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 14, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di libera scelta del 25 luglio 2024,

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

<u>riportare in ordine di priorità i relativi ambiti territoriali carenti per le quali ha presentato domanda di partecipazione ai fini dell'assegnazione</u>		
Azienda	Distretto – Comune	Codice identificativo
ASL 5	1°	
	2°	
	3°	

- **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 5 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.