

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione
di incarico di emergenza sanitaria territoriale**

Spett.le/Spett.li Azienda/Aziende

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 _____

DICHIARA

di essere impossibilitato/a a partecipare alla riunione telematica, indetta per **mercoledì 30 dicembre 2020, alle ore 10.00**, per l'**assegnazione** degli incarichi di **Emergenza sanitaria territoriale** di cui all'avviso pubblicato dalla Regione Liguria nel BUR n. 44, parte II, del 28 ottobre 2020 e, pertanto, **esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico di Emergenza sanitaria territoriale:**

a tempo indeterminato per trasferimento per graduatoria in possesso del titolo di formazione

temporaneo, ai sensi ACN MMG MMG 18/06/2020
(frequentante il corso formazione specifica in medicina generale)

1) **presso Codesta Azienda**

2) **presso le Aziende in indirizzo, secondo il seguente ordine di priorità:**

numero d'ordine	Indicare le Aziende in ordine di priorità
1°	
2°	

3°	
4°	
5°	

Dichiara, inoltre, di essere edotto che:

- gli/le sarà attribuito il primo incarico disponibile, secondo l'ordine di priorità su indicato, nel rispetto della posizione in ciascuna delle graduatorie aziendali di riferimento;
- ogni comunicazione in merito all'assegnazione di incarico gli/le verrà trasmessa dall'Azienda di riferimento tramite PEC.

Allega alla presente:

- dichiarazione informativa Allegato L.
- fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data _____

firma per esteso _____⁽¹⁾

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.