

**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 _____, indirizzo e-mail _____

DICHIARA

di essere impossibilitato/a a partecipare alla riunione telematica, indetta per **giovedì 16 dicembre 2021, alle ore 10.00**, per l'**assegnazione** degli incarichi di **Emergenza sanitaria territoriale** di cui all'avviso pubblicato dalla Regione Liguria nel BURL n. 43, parte II, del 27 ottobre 2021 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 18/06/2020
(frequentante il _____ anno del corso formazione specifica in medicina generale relativo al triennio _____/_____)

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.