

**Da riportare nel testo della e-mail di accettazione**

**Dichiarazione di accettazione di  
incarico di emergenza sanitaria territoriale**

Spett.le

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 di emergenza sanitaria territoriale:**

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

**temporaneo ai sensi ACNMMG 18/06/2020**

(frequentante il \_\_\_\_\_ anno del corso formazione specifica in medicina generale relativo al triennio  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_)

**Allega** alla presente:

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

**Prende atto** che ogni comunicazione relativa al conferimento del suddetto incarico verrà trasmessa a cura della Azienda

firmato \_\_\_\_\_