

Per i pediatri che partecipano collegati alla vdc e accettano l'incarico

Da riportare nel testo della e-mail da inviare alla ASL che conferisce l'incarico

(indirizzo ASL 3: convenzionati@asl3.liguria.it ASL 5: direttore.sociosanitario@asl5.liguria.it)

**Dichiarazione di accettazione di incarico di
Pediatria di libera scelta a tempo indeterminato**

Spett.le
ASL _____

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

ai sensi dell'art. 34 comma 1 dell'ACN PLS 29/07/2009, di accettare l'incarico di PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA a tempo indeterminato per il seguente ambito territoriale:

Azienda	Ambito territoriale /Distretto - Comune	Modalità di partecipazione
ASL		

Allega alla presente:

- dichiarazione informativa Allegato I.
- 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 all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Data _____

Firmato

Dott.