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

**Dichiarazione di accettazione di**

**Incarico di emergenza sanitaria territoriale 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 mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di accettare l’incarico:**

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

**temporaneo ai sensi ACN MMG MMG 18/06/2020**

(frequentante corso formazione specifica in medicina generale)

**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 ASL.

firmato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_