

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

**Dichiarazione di accettazione di  
Incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato**

Spett.le  
Azienda \_\_\_\_\_

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:**

- a tempo indeterminato ai sensi ACN MMG 18/06/2020**  
 per trasferimento  per graduatoria  in possesso del titolo di formazione
- temporaneo ai sensi ACN MMG 18/06/2020**  
(frequentante il corso formazione specifica in medicina generale)
- a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 1, commi 272 e 273, della legge 30/12/2021, n. 234**

**Allega alla presente:**

1. Allegato L "Dichiarazione informativa";
2. fotocopia fronte/retro 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 di interesse.

firmato \_\_\_\_\_