

Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di
Pediatria di libera scelta

INVIO PEC

Spett.le/Spett.li Aziende:

ASL

PEC:

ASL

PEC:

ASL

PEC:

ASL

PEC:

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nato/a a _____ prov. ____ il
_____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____, indirizzo di PEC _____
indirizzo e-mail _____

comunica di essere oggettivamente impossibilitato/a a collegarsi alla riunione a distanza (vdc) di **mercoledì 22 giugno 2022 - alle ore 10:00** - relativa alla **procedura di assegnazione** degli ambiti territoriali carenti di **Pediatria di libera scelta** di cui all'avviso pubblicato nel BURL n. 13, parte II, del 30 marzo 2022 e sul sito della Regione Liguria e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 15, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 21/06/2018,

DICHIARA

la propria disponibilità all'accettazione di incarico di pediatria di libera scelta a tempo indeterminato, secondo il seguente ordine di priorità tra gli ambiti carenti indicati nella/e domanda/e di partecipazione, presentata/e a Codesta/e Azienda/e, ai sensi della ☐ lettera a) - ☐ lettera b) - ☐ lettera c) - ☐ lettera d) dell'avviso:

<u>riportare in ordine di priorità le zone carenti per le quali ha presentato domanda di partecipazione ai fini dell'assegnazione</u>		
ASL	Ambito/Distretto	Comune/Municipio
	1°	
	2°	
	3°	
	4°	
		

		
		
		
		
		

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- gli/le sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli sopra indicati;
- la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l'assegnazione del primo incarico disponibile secondo l'ordine riportato nella/e domanda/e di partecipazione nel rispetto della posizione nella graduatoria/e aziendale/i;
- non verranno presi in considerazione eventuali zone carenti indicate nella presente dichiarazione non menzionate nella/e domanda/e di partecipazione.

Prende atto che ogni comunicazione in merito all'assegnazione dell'incarico verrà trasmessa a cura della ASL competente all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Allega alla presente:

- ☐ dichiarazione informativa Allegato I;
- ☐ fotocopia fronte/retro 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.