

**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**

(indirizzi e-mail: ASL 1: [mmg.convenzioni@asl1.liguria.it](mailto:mmg.convenzioni@asl1.liguria.it) ASL 3: [convenzionati@asl3.liguria.it](mailto:convenzionati@asl3.liguria.it) ASL 4: [medicina.base@asl4.liguria.it](mailto:medicina.base@asl4.liguria.it) ASL 5 [segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it](mailto:segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it))

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

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**

**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.