

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di assistenza primaria
 a tempo indeterminato – procedura art. 34, comma 17 ACN MMG 21/06/2018**

Spett.le
 ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria
 SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali
 PEC: **protocollo@pec.asl3.liguria.it**

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 _____

comunica di essere oggettivamente impossibilitato/a a collegarsi alla riunione a distanza indetta per **venerdì 9 settembre 2022, alle ore 10.00**, relativa alla **procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria**, di cui all'avviso pubblicato sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 21 luglio 2022 e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 21/06/2018,

DICHIARA

la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria, secondo il seguente ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della lettera a) - lettera b) dell'avviso:

<i>(riportare in ordine di priorità la/le ASL e per ciascuna il n. di codice identificativo degli ambiti carenti per i quali ha presentato domanda di partecipazione)</i>									
Azienda	Codici identificativi								
ASL ___	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
ASL ___	19°	20°	21°	22°	23°				
	n.	n.	n.	n.	n.				
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
ASL ___	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	19°	20°	21°	22°	23°				
	n.	n.	n.	n.	n.				
ASL ___	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
ASL ___	19°	20°	21°	22°	23°				
	n.	n.	n.	n.	n.				

ASL ___	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	n.								
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	n.								
	19°	20°	21°	22°	23°				
	n.	n.	n.	n.	n.				
ASL ___	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	n.								
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	n.								
	19°	20°	21°	22°	23°				
	n.	n.	n.	n.	n.				

Dichiara, inoltre, di aver preso visione delle seguenti condizioni:

- 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 domanda di partecipazione;
- non verranno presi in considerazione eventuali incarichi vacanti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

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

Allega alla presente:

1. Allegato L "Dichiarazione informativa";
2. 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.