

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta a tempo indeterminato**

INVIO PEC

Spett.le  
ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria  
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali  
PEC: [protocollo@pec.asl3.liguria.it](mailto: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 \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**comunica** di essere oggettivamente impossibilitato/a a presentarsi/partecipare in modalità telematica alla riunione di **giovedì 6 luglio 2023 - alle ore 10:00** - relativa alle **procedure di assegnazione** degli incarichi vacanti di medico del **ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta**, di cui all'avviso pubblicato nel BURL n. 13, parte II, del 29 marzo 2023 e sul sito della Regione Liguria e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 22, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 28 aprile 2022,

**DICHIARA**

**la propria disponibilità all'accettazione di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta a tempo indeterminato, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli ambiti carenti indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della  lettera a) -  lettera b) -  lettera c) dell'avviso:

<b>Ordine di priorità accettazione incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta</b>									
<i>(indicare le priorità inserendo la ASL e per ciascuna i codici identificativi delle carenze nell'ordine delle caselline da sinistra verso destra a partire dalla prima riga)</i>									
<b>Azienda</b>	<b>Codici identificativi</b>								
ASL ____	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°
<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	
	28°	29°							
<b>n.</b>	<b>n.</b>								
ASL ____	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°
<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	
	28°	29°							
<b>n.</b>	<b>n.</b>								

ASL ___	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°
<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
28°	29°								
<b>n.</b>	<b>n.</b>								
ASL ___	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°
<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
28°	29°								
<b>n.</b>	<b>n.</b>								
ASL ___	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°
<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>	<b>n.</b>
28°	29°								
<b>n.</b>	<b>n.</b>								

**Dichiara, inoltre, di aver preso visione** di quanto riportato nella convocazione e di essere a conoscenza 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 domanda di partecipazione;
- non verranno prese in considerazione eventuali incarichi indicati nella presente dichiarazione non menzionate nella domanda di partecipazione.

**Prende atto** che ogni successiva 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 \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup>

(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.