

MODULO DA INVIARE PER PEC

Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale 28/04/2022

Medici di cui all'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019 e ss.mm.ii.
e di cui all'art. 12, comma 3, del Decreto Legge n. 35/2019, convertito con la Legge n. 60/2019 e ss.mm.ii.
che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Liguria

Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico temporaneo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria

Spett.le
ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria
Direzione Sociosanitaria
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali
Indirizzo 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 presentarsi/partecipare in modalità telematica alla riunione di **martedì 14 novembre 2023 - alle ore 14:00** - relativa alle **procedure di assegnazione** degli incarichi vacanti di medico del **ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria**, di cui all'avviso pubblicato sul sito della Regione Liguria in data 14/09/2023 e, pertanto, secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 22, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 28 aprile 2022

DICHIARA

- **la propria disponibilità all'accettazione di incarico temporaneo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli incarichi indicati nella domanda di partecipazione presentata ai sensi della lettera d) - D.L. 135/2018 (*Decreto Semplificazioni*) D.L. 35/2019 (*Decreto Calabria*) dell'avviso:

Azienda	Codice identificativo	Descrizione
ASL __		
ASL __		
ASL __		
ASL __		
ASL __		
ASL __		

- **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, nel rispetto della propria posizione in graduatoria;
 - ✓ 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.

Attesta, altresì, che alla data di cui alla presente dichiarazione:

1. **frequenta** il terzo anno / il secondo anno / il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 20___/20___ presso la Regione Liguria;

oppure:

2. **è in possesso** del diploma di formazione specifica in medicina generale, conseguito presso la Regione Liguria in data _____, e si impegna, pertanto, a produrre la relativa autocertificazione al Direttore Generale della ASL presso cui gli/le verrà conferito l'incarico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 33, comma 12 dell'ACN MMG vigente.

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 _____⁽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.