**Da riportare nel testo della e-mail di accettazione**

**Dichiarazione di accettazione di incarico temporaneo di**

**ASSISTENZA PRIMARIA**

# 

# 

# Spett.le

ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria

SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali

Indirizzo e-mail [**convenzionati@asl3.liguria.it**](mailto:convenzionati@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 mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di accettare l’incarico temporaneo di assistenza primaria ai sensi ACN MMG 21/06/2018, così come modificato/integrato da ACN MMG 18/06/2020, per il seguente ambito territoriale**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Azienda | Codice identificativo | Ambito territoriale | Condizione |
| ASL |  |  | Frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale  D.L. 135/2018  D.L. 35/2019 |

**Allega** alla presente:

dichiarazione informativa Allegato L.

fotocopia di documento di identità in corso di validità

**Prende atto** che ogni comunicazione relativa al conferimento del suddetto incarico verrà trasmessa a cura della ASL 3 ovvero della ASL ove insiste la carenza accettata.

firmato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data: 29 gennaio 2021