**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**

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