

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di continuità  
assistenziale a tempo indeterminato – procedura art. 63, comma 15 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](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 collegarsi alla riunione a distanza indetta per **venerdì 27 agosto 2021, alle ore 11:00**, relativa alla **procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale** di cui all'avviso pubblicato sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 7 luglio 2021 e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 18 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 21/06/2018,

**DICHIARA**

**la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli incarichi vacanti indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della  lettera a)  lettera b) dell'avviso

Azienda	Ordine di priorità assegnazione incarico di continuità assistenziale
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	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:

- modello L “dichiarazione informativa”
- fotocopia 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.