

**MODULO DA INVIARE PER PEC**  
**Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale 18/06/2020**  
**Medici di cui all'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019**  
**e di cui all'art. 12, comma 3, del Decreto Legge n. 35/2019, convertito con la Legge n. 60/2019**  
**che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Liguria**

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico temporaneo di**  
**ASSISTENZA PRIMARIA**

Spett.le  
 ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria  
 Direzione Sociosanitaria  
 SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali  
 Indirizzo 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 \_\_\_\_\_

comunica di essere impossibilitato/a a partecipare, in collegamento telematico, alla riunione a distanza di **venerdì 5 novembre 2021, alle ore 09.30**, per l'**assegnazione degli ambiti territoriali carenti di ASSISTENZA PRIMARIA** a seguito di presentazione di domanda all'avviso pubblicato sul sito internet della Regione Liguria il 1° settembre 2021 e, pertanto,

**DICHIARA**

**la propria disponibilità all'accettazione di incarico temporaneo di Assistenza Primaria, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli ambiti carenti 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	Ordine di priorità accettazione incarico di assistenza primaria (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 )									
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	
ASL ____	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
ASL ____	19°	20°	21°							
	n.	n.	n.							
	n.	n.	n.							
ASL ____	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	
ASL ____	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	19°	20°	21°							
	n.	n.	n.							

ASL ____	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	n.	n.	n.						
	19°	20°	21°						
	n.	n.	n.						

  

ASL ____	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	19°	20°	21°						
	n.	n.	n.						

**Dichiara, inoltre:**

1.  **di frequentare**  il primo anno /  il secondo anno /  il terzo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ istituito presso la Regione Liguria;

oppure:

2.  **di aver conseguito** il titolo di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Liguria in data \_\_\_\_\_.

3. **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;
- ✓ che la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l'assegnazione del primo incarico disponibile secondo l'ordine riportato nella domanda di partecipazione;
- ✓ che non verranno presi in considerazione eventuali incarichi vacanti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

**Dichiara, inoltre, (solo per i medici di cui al punto 1)** - in caso di collocazione in graduatoria utile per l'assegnazione di incarico sia di Assistenza primaria che di Continuità Assistenziale –:

**di optare** per l'incarico di \_\_\_\_\_ rinunciando all'incarico di \_\_\_\_\_.

**Prende atto** che ogni comunicazione in merito all'assegnazione dell'incarico potrà essere alternativamente inviata dalla ASL 3 e/o dalla ASL di assegnazione della carenza, presso:

l'indirizzo di PEC

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- dichiarazione informativa Allegato L.
- 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.