

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
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

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 impossibilitato/a a partecipare, in collegamento telematico, alla riunione a distanza di **venerdì 5 novembre 2021, alle ore 11.30**, per l'**assegnazione degli incarichi vacanti di CONTINUITA' ASSISTENZIALE** 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 CONTINUITA' ASSISTENZIALE, 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	Ordine di priorità assegnazione incarico di continuità assistenziale Polo territoriale/casa circondariale
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.

Dichiara, inoltre:

- 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 Continuità Assistenziale che di Assistenza primaria –:

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 _____⁽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.