

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di  
Pediatria di libera scelta a tempo inde terminato**

INVIO PEC

Spett.le/Spett.li Aziende:

ASL \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

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 di **giovedì 16 dicembre 2021 - alle ore 12:00** - relativa alla **procedura di assegnazione** degli ambiti territoriali carenti di **Pediatria di libera scelta**, di cui all'avviso pubblicato nel BURL n. 43, parte II, del 27 ottobre 2021 e sul sito della Regione Liguria e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 19, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di libera scelta del 21/06/2018,

**DICHIARA**

**la propria disponibilità all'accettazione di incarico di pediatria di libera scelta a tempo indeterminato, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli ambiti carenti indicati nella/e domanda/e di partecipazione, presentata/e a Codesta/e Azienda/e, ai sensi della  lettera a) -  lettera b) -  lettera c) -  lettera d) dell'avviso:

<b><u>riportare in ordine di priorità le zone carenti per le quali ha presentato domanda di partecipazione ai fini dell'assegnazione</u></b>		
ASL	Ambito/Distretto	Comune/Municipio
	1°	
	2°	
	3°	
	4°	
	5°	

**Dichiara**, inoltre, di essere consapevole che:

- 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/e domanda/e di partecipazione nel rispetto della posizione nella graduatoria/e aziendale/i;
- non verranno presi in considerazione eventuali zone carenti indicate nella presente dichiarazione non menzionate nella/e domanda/e di partecipazione.

**Prende atto** che ogni comunicazione in merito all'assegnazione dell'incarico di pediatria verrà trasmessa a cura della ASL competente all'indirizzo di PEC sopra indicato.

**Allega** alla presente:

- dichiarazione informativa Allegato I;
- fotocopia fronte/retro 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.