

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione
di incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato**

INVIO PEC

Spett.le
ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali
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 _____;
indirizzo e-mail _____

comunica di essere oggettivamente impossibilitato/a a collegarsi alla riunione a distanza (vdc) di **mercoledì 6 luglio 2022 - alle ore 14:00** - relativa alle **procedure di assegnazione** degli incarichi vacanti di **Continuità Assistenziale**, di cui all'avviso pubblicato nel BURL n. 13, parte II, del 30 marzo 2022 e sul sito della Regione Liguria 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 di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato, secondo il seguente ordine di priorità tra gli incarichi indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della lettera a) - lettera b) - lettera c) dell'avviso:

Ordine di priorità accettazione incarico di continuità assistenziale		
<i>(indicare le priorità inserendo la ASL e per ciascuna i codici identificativi delle carenze nell'ordine delle caselline a partire dalla prima riga)</i>		
Azienda	Codice identificativo	Descrizione
ASL ___		1°
		2°
		3°
		4°
ASL ___		1°
		2°
		3°
		4°
ASL ___		1°
		2°
		3°
		4°
ASL ___		1°
		2°
		3°
		4°

ASL ___		1°
		2°
		3°
		4°

Dichiara, inoltre, di aver preso visione di quanto riportato nella convocazione e di essere a conoscenza:

- 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 prese in considerazione eventuali incarichi vacanti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

Prende atto che ogni successiva comunicazione in merito verrà trasmessa a cura della ASL all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Allega alla presente:

1. Allegato L "dichiarazione informativa".
2. 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.