

**Per i medici che partecipano collegati alla vdc e accettano l'incarico**

**Da riportare nel testo della e-mail da trasmettere al seguente indirizzo:**

[convenzionati@asl3.liguria.it](mailto:convenzionati@asl3.liguria.it)

**Dichiarazione di accettazione di incarico di  
continuità assistenziale a tempo indeterminato**

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di accettare il seguente incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato:**

Azienda	Polo territoriale/carcere	Modalità di partecipazione*
ASL		

*\*per trasferimento; per graduatoria; ai sensi della lettera c)*

Allega alla presente:

1. Allegato L "dichiarazione informativa".
2. Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

**Prende atto** che ogni successiva comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa a cura della ASL all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Data \_\_\_\_\_

Firmato

Dott.