

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

**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.