

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
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria – ACN MMG 28/04/2022)

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 **giovedì 3 novembre 2022, alle ore 14.00**, per l'**assegnazione degli incarichi vacanti di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE** a seguito di presentazione di domanda all'avviso pubblicato sul sito internet della Regione Liguria il 12 settembre 2022 e, pertanto,

DICHIARA

la propria disponibilità all'accettazione di incarico temporaneo di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria), 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	Codice identificativo	Descrizione
ASL __		
ASL __		
ASL __		
ASL __		
ASL __		

Dichiara, inoltre:

1. **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, nel rispetto della propria posizione in graduatoria;
- ✓ 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 _____ e di rinunciare 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:

1. dichiarazione informativa Allegato L;
2. 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.