

Azienda USL Toscana Centro
Pec: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

Azienda USL Toscana centro



Oggetto: accettazione incarico a tempo indeterminato di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a rapporto orario.

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____
via _____ n. _____ Cell _____

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del _____ ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a rapporto orario secondo il seguente ordine di priorità:

Asl Toscana _____ Zona Distretto _____
Asl Toscana _____ Zona Distretto _____
Asl Toscana _____ Zona Distretto _____
Asl Toscana _____ Zona Distretto _____
Asl Toscana _____ Zona Distretto _____
Asl Toscana _____ Zona Distretto _____
Asl Toscana _____ Zona Distretto _____

Sono consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 4, dell'ACN 28/04/2022, per la durata del corso di formazione, le Aziende conferiscono un incarico temporaneo ai medici di cui all'art. 9, comma 1, DL 135/2018 convertito con modificazioni dalla L. 12/2019 o a quelli di cui all'art. 12, comma 3, DL 35/2019 convertito con modificazioni dalla L. 60/2019.

Sono altresì consapevole che ai medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale può essere attribuito un solo incarico di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale

Si allegano:

- Autocertificazione informativa
- Fotocopia di documento di identità

Dipartimento Risorse Umane

Data

Firma