

Oggetto: **accettazione incarico di PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA per trasferimento**

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

**dichiara**

di non poter partecipare alla convocazione del **17.06.2024** ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria di Pediatria di Libera scelta secondo il seguente ordine di priorità (riportare per intero la descrizione dell'ambito e obbligatoriamente dell'eventuale vincolo):

Asl Toscana ..... Ambito di .....vincolo.....  
Asl Toscana ..... Ambito di .....vincolo.....

Dichiara inoltre di essere in possesso dei requisiti indicati nell'avviso pubblicato sul **BURT n. 15 parte terza del 10.04.2024**, e di prendere atto che il pediatra che accetta per trasferimento **decade dall'incarico di provenienza, ambito:**

.....

fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (A.C.N. 28.04.2022 art. 32 comma 16).

Si allegano:

- Autocertificazione informativa
- Fotocopia di documento di identità

Data .....

Firma .....

Azienda USL Toscana centro



Staff Direzione Amministrativa  
SOC Pediatri di famiglia e  
Specialisti ambulatoriali  
Via di San Salvi, 12  
Villa Fabbri - Firenze